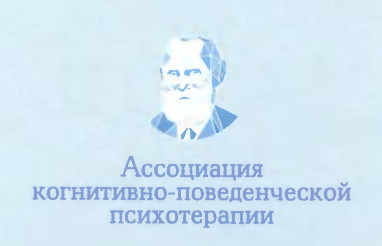



МАСТЕРАПСИХОЛОГИИ

Джудит Бек

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

## ОТ ОСНОВ К НАПРАВЛЕНИЯМ





Judith S. Beck

# COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY

## Basics and Beyond

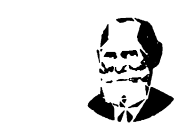
Second Edition

МАСТЕРА ПСИХОЛОГИИ

Джудит Бек

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

## ОТ ОСНОВ К НАПРАВЛЕНИЯМ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии




Санкт-Петербург · Москва · Екатеринбург · Воронеж
Нижний Новгород · Ростов-на-Дону
Самара · Минск
2018

Джудит Бек

# Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям

*Серия «Мастера психологии»*

*Перевела с английского А. Соломина*


| | |
|---|---|
| Заведующая редакцией | *Т. Шапошникова* |
| Ведущий редактор | *Н. Римицан* |
| Научный редактор | *Д. Ковпак* |
| Литературный редактор | *И. Карпова* |
| Художественный редактор | *С. Маликова* |
| Корректоры | *С. Беляева, Ю. Молокова, Г. Шкатова* |
| Верстка | *Е. Егерева* |

ББК 53.57
УДК 615.851

**Бек Джудит**

Б42 Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — СПб.: Питер, 2018. — 416 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

ISBN 978-5-4461-0552-6



Когнитивно-поведенческая терапия является теоретической и практической базой для специалистов всех помогающих профессий. В этой книге раскрываются современные положения одного из самых эффективных направлений психотерапии. Первое издание стало ведущим учебником в мире и легло в основу большинства университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию. В новое расширенное и переработанное издание включено множество ценных сведений по значимым процессам формирования терапевтических отношений, практикам осознанности и другим техникам современных форматов КПТ. Книга предназначена для психологов, психотерапевтов, студентов гуманитарных направлений.



**16+** (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)





ISBN 978-1609185046 англ.
ISBN 978-5-4461-0552-6





Изготовлено в России. Изготовитель: ООО «Прогресс книга».
Место нахождения и фактический адрес: 191123, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Радищева, д. 39, к. Д, офис 415. Тел.: +78127037373.
Дата изготовления: 03.2018. Наименование: книжная продукция. Срок годности: не ограничен.
Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 034-2014, 58.11.1 — Книги печатные.
Импортер в Беларусь: ООО «ПИТЕР М», РБ, 220020, г. Минск, ул. Тимирязева, д. 121/3, к. 214, тел./факс: 208 80 01
Подписано в печать 23.03.18. Формат 70х100/16. Бумага офсетная. Усл. п. л. 33,540. Тираж 2500. Заказ № ВЗК-01356-18.
Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография», филиал «Дом печати — ВЯТКА» в полном соответствии с качеством предоставленных материалов
610033, г. Киров, ул. Московская, 122. Факс: (8332) 53-53-80, 62-10-36
http://www.gipp.kirov.ru; e-mail: order@gipp.kirov.ru

# Оглавление

*Моему отцу*
*Аарону Т. Беку, MD*

# Предисловие

Я рад, что мне довелось приложить руку к первому изданию книги «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям». Она предлагает читателям свежий взгляд на этот психотерапевтический подход и, как я надеюсь, будет интересна и тем, кто уже хорошо разбирается в когнитивно-поведенческой терапии, и студентам, только начавшим ее изучать. В последнее время появилось огромное количество новых исследований, идеи развиваются, открываются новые удивительные направления работы; поэтому я искренне приветствую стремление автора расширить это издание и включить в него новые подходы к пониманию и лечению наших пациентов.

Давайте вернемся к этапу зарождения когнитивной терапии и оценим, как она изменилась с тех пор. Когда я впервые начал применять для лечения пациентов этот комплекс терапевтических процедур, я назвал его когнитивной терапией (теперь его принято называть когнитивно-поведенческой терапией) и совершенно не представлял, куда приведет меня этот подход, так сильно отличавшийся от моего психоаналитического образования. Основываясь на результатах собственных клинических наблюдений, систематических клинических исследований и экспериментов, я предположил, что в основе психиатрических синдромов депрессии и тревожности лежат нарушения механизмов мышления. Эти нарушения у пациентов приводили к систематическим искажениям в интерпретации определенных аспектов опыта. Выделяя такие искаженные интерпретации и предлагая пациентам альтернативу — то есть более вероятные объяснения происходящего, — я обнаружил, что это приводит к практически незамедлительному улучшению симптоматики. Отработка этих когнитивных навыков помогала пациентам поддерживать достигнутые улучшения. Фокус на проблемах, существующих «здесь-и-сейчас», позволил добиться почти полного исчезновения симптомов всего

за 10–14 недель. Дальнейшие клинические исследования, проведенные моей собственной группой, а также независимыми исследователями, подтвердили эффективность этого подхода при работе с тревожными, депрессивными и паническими расстройствами.

К середине 1980-х годов я уже мог говорить, что когнитивная терапия получила статус направления психотерапии. Тогда она включала в себя: 1) теорию личности и психопатологии с солидной эмпирической базой, подтверждавшей ее основные постулаты; 2) психотерапевтическую модель, которая определяла принципы и стратегии, соответствующие теории психопатологии; 3) надежные эмпирические данные, полученные из клинических исследований и подтверждавшие эффективность подхода.

Со времени выхода моих ранних работ появилось новое поколение психотерапевтов/исследователей/преподавателей, которые проводили исследования концептуальной модели психопатологии и применяли когнитивно-поведенческую терапию при лечении широкого спектра психических расстройств. Проводились систематические исследования основополагающих когнитивных измерений личности и психических расстройств, идиосинкразическая проработка и сбор информации по этим расстройствам, а также по взаимозависимости уязвимости и стресса.

Когнитивно-поведенческую терапию теперь применяют при лечении целого ряда психических и соматических расстройств, о которых я даже подумать не мог, когда впервые прибег к когнитивному методу в работе с депрессией и тревогой. На основе исследований исходов лечения исследователи со всего мира, а особенно из США, установили: когнитивно-поведенческая терапия эффективна при лечении таких состояний, как посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, фобии всех видов и нарушений пищевого поведения. Этот метод в сочетании с медикаментозным лечением часто помогал при наличии биполярного расстройства и шизофрении. Когнитивная терапия также помогала в работе с рядом хронических соматических расстройств: болями в спине, колитами, высоким давлением и синдромом хронической усталости.

Итак, когнитивно-поведенческая терапия предлагает широкий спектр возможных направлений применения — с чего же честолюбивому терапевту начать изучение компонентов этого направления психотерапии? Цитируя «Алису в Стране чудес», можно посоветовать: «начинайте с начала». Иными словами, нам нужно вернуться к вопросу, который я уже поднял в начале этого предисловия. Цель этой книги, написанной доктором Джудит Бек, одним из ведущих когнитивно-поведенческих терапевтов второго поколения (которая еще в подростковом возрасте стала одной из первых моих слушательниц), — предоставить прочное основание для практики когни-

тивно-поведенческой терапии. Действительно, когнитивно-поведенческая терапия может применяться в широком спектре ситуаций, но в ее основе всегда лежат фундаментальные принципы, рассмотренные в этой книге. Эта книга будет полезна даже опытным когнитивно-поведенческим терапевтам — им она поможет отточить навыки концептуализации, расширить репертуар терапевтических техник, чтобы еще эффективнее планировать лечение и преодолевать возникающие в ходе терапии трудности.

Конечно же, никакая книга не заменит супервизию. Однако это издание может отлично дополнить супервизию, которую можно получить у опытных когнитивных терапевтов (см. приложение Б).

Доктор Джудит Бек — специалист в высшей степени подготовленный для создания подобного путеводителя по когнитивно-поведенческой терапии. За последние 25 лет она провела многочисленные семинары и тренинги по когнитивно-поведенческой терапии; была супервизором как для начинающих, так и для опытных терапевтов; участвовала в доработке протоколов лечения различных заболеваний и исследованиях когнитивно-поведенческой терапии. Такое погружение в тему позволило ей написать книгу, полную полезной информации по практическому применению этого психотерапевтического направления. Первое издание книги стало ведущим учебником по когнитивно-поведенческой терапии в большинстве университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию.

Применять когнитивно-поведенческую терапию на практике непросто. Так, мне довелось наблюдать за многочисленными участниками клинических исследований, которые умудрялись работать с автоматическими мыслями, не имея ясного понимания о том, как пациенты воспринимают свой внутренний мир, не реализуя принцип совместного эмпиризма. В работе над этой книгой доктор Джудит Бек ставила перед собой цель просветить, обучить и подготовить к практическому применению когнитивно-поведенческих методов как начинающих, так и опытных терапевтов. И нужно признать, она отлично справилась с поставленной задачей.

*Аарон Т. Бек, MD,*
*институт когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека,*
*факультет психиатрии Пенсильванского университета*

# Предисловие научного редактора русского издания

Эта книга написана для читателей с любым терапевтическим опытом и уровнем погруженности в психологическую практику. Более того, она выступает проводником и катализатором осмысления этого опыта на любом этапе развития специалиста и способствует формированию и закреплению навыков, необходимых и полезных для эффективного терапевта.

Как справедливо подчеркивает Аарон Бек в своем вступительном слове, «эта книга будет полезна даже опытным когнитивно-поведенческим терапевтам — им она поможет отточить навыки концептуализации, расширить репертуар терапевтических техник, чтобы еще эффективнее планировать лечение и преодолевать возникающие в ходе терапии трудности».

Первое издание этой книги, написанное в ясном пошаговом стиле, стало ведущим учебником по когнитивно-поведенческой терапии в мире, став базовым руководством в большинстве университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию. Переведенная на русский язык, она еще в старом формате стала настольной для многих начинающих и опытных практикующих специалистов в России и ближнем зарубежье. Новое расширенное и переработанное издание обрело много ценных сведений по значимым процессам формирования терапевтических отношений, домашним заданиям, поведенческой активации, практикам осознанности и другим техникам современных форматов КПТ, инновациях в теории и клинической практике.

Более двадцати лет проводя семинары и курсы обучения КПТ, я объяснял слушателям, что эту книгу придется прочитать не один раз, и с каждым последующим разом удивительным образом эта книга будет дарить все больше нюансов, раскрывая глубину и отточенность своего содержания. Это оказалось возможным благодаря уникальному опыту и личности ее автора, дочери основателя когнитивной терапии и одновременно самостоятельного выдающегося ученого, исследователя и практика, блестящего педагога и чуткого супервизора, директора Института Бека, человека, всю

свою сознательную жизнь развивающего и распространяющего ценные и важные для всех людей планеты посылы, ценности и возможности когнитивной терапии.

Я вспоминаю слова своего преподавателя курсов по вождению автомобиля. На одном из первых занятий поставленным громким голосом он задал вопрос, чем написаны правила дорожного движения, и внимательно посмотрел на учеников. И сам же, сделав продолжительную паузу, ответил: они написаны кровью. Эта книга написана кровью, слезами и потом бесчисленного множества проанализированных человеческих ошибок и заблуждений. Она поможет предотвратить не только ДТП и множество других внешних и внутренних проблем, но и изменить само качество жизни человека за счет другой возможности мышления, оценок, прогнозов, уверенности в себе, жизни и будущем, умения работать над собой и со своими пациентами на качественно новом уровне. Эта книга раскроет вам глубину возможностей и широту применения ведущего направления терапии и практической психологии, прояснит подробности и тончайшие нюансы технологии работы со своим мышлением и поведением, подарит жемчужины теории и практики, собранные за много лет одним из самых опытных и осведомленных специалистов современности.

Мне повезло учиться у Джудит Бек и иметь удовольствие и радость уже несколько лет поддерживать с ней очное общение в Институте Бека, на международных конференциях и переписке. Она, как и ее отец, прекрасный пример высокого профессионализма и одновременно замечательных человеческих качеств — интеллигентности, эмпатии, открытости, поддержки, мудрости и такта.

Члены нашей Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии и я лично рады и счастливы способствовать распространению и развитию когнитивно-поведенческой терапии. И для нас особым подарком и символом выступает издание этой книги как продолжения и развития уже целой серии книг по когнитивно-поведенческой терапии, выпущенных в сотрудничестве нашей Ассоциации и издательства «Питер».

Всеобъемлющий многолетний труд Джудит Бек, воплощенный в данной монографии, станет базовым учебником для начинающих специалистов и кладезем ценной информации, надежным подспорьем и источником вдохновения и методологической поддержки для опытных специалистов. Мы рады познакомить всех заинтересованных профессионалов с самой свежей и практикоориентированной информацией на русском языке. И благодарим за такую возможность Джудит Бек, Аарона Тима Бека и в их лице весь Институт Бека. Желаю всем, кто держит сейчас в руках это цен-

нейшее издание, увлекательного путешествия в мир когнитивной терапии и поведенческих технологий, погружения в контекст идей самоосознания, развития и поддержки своих навыков, ясности понимания себя и других, совершенствования своих профессиональных и человеческих качеств, успехов в самореализации и счастливой наполненной жизни.

*Дмитрий Викторович Ковпак*,
врач-психотерапевт, к. м. н.,
доцент кафедры общей медицинской психологии
и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации,
председатель Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

# Введение

Два последних десятилетия были особенно продуктивны для когнитивного направления терапии. Появилось огромное количество новых исследований; когнитивно-поведенческую терапию все чаще выбирают для лечения разнообразных заболеваний: она быстро облегчает страдания пациентов, помогает войти в ремиссию и длительное время оставаться в хорошем состоянии. Главная миссия некоммерческого Института когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека — обеспечить профессионалам в области телесного и психического здоровья из Филадельфии и со всего мира актуальное обучение. Но для ознакомления с этим направлением психотерапии недостаточно посещать семинары и тренинговые программы. Я организую подобные обучающие мероприятия уже на протяжении 25 лет и до сих пор считаю, что людям не хватает подробного руководства, которое можно изучить, а затем обращаться к нему по мере освоения теории, принципов и практического применения когнитивно-поведенческой терапии.

Эта книга рассчитана на широкую аудиторию специалистов, работа которых связана с физическим и психическим здоровьем, — начиная с тех, кто раньше никогда не сталкивался с когнитивно-поведенческой терапией, и заканчивая теми, кто уже имеет опыт в этой сфере, но хочет продолжать свое профессиональное развитие, в том числе в вопросах концептуализации ситуации пациента, планирования лечения, применения разных техник, оценки эффективности лечения и определения проблем, возникающих во время терапевтических сессий. Чтобы представить этот материал в максимально доступной форме, я выбрала пациентку (чьи имя и опознавательные особенности изменила) и на протяжении всей книги привожу примеры из ее терапии. Салли — во многом идеальный пациент, и ее лечение хорошо иллюстрирует стандартную когнитивно-поведенческую терапию для неосложненного единичного эпизода депрессии. Хотя ее лечение — пример работы с простым случаем тревожно-депрессивного расстройства, описанные техники подходят для работы с пациентами, столкнувшимися с разнообразными проблемами. В книге также приводятся отсылки к другим расстройствам, чтобы читатели учились соответствующим образом подбирать схемы лечения.

Первое издание этой книги перевели более чем на 20 языков, и я получила обратную связь от специалистов со всего мира, на которой отчасти основывались дополнения к этому изданию. Я включила в него новый материал по оценке состояния пациента и поведенческой активации; шкалу оценки когнитивной терапии (Cognitive Therapy Rating Scale), которая используется для измерения компетентности терапевта во многих исследованиях и учебных программах; рабочий бланк когнитивного случая (Cognitive Case Write-Up) на основе шаблона, предоставленного Академией когнитивной терапии в качестве предварительного условия получения сертификации. Я также уделила особое внимание терапевтическим отношениям, направляемому открытию (guided discovery) и сократовскому диалогу, выделению и использованию сильных сторон пациента и его ресурсов, а также домашним заданиям. Я руководствовалась собственной клинической практикой, опытом преподавания и супервизии, исследованиями и публикациями в области когнитивно-поведенческой терапии, а также обсуждениями, которые вела со студентами и коллегами, от новичков до экспертов из разных стран, специализирующихся на различных аспектах этого направления терапии и различных расстройствах.

Эта книга не была бы написана, если бы не существовало революционных работ основателя когнитивной терапии Аарона Т. Бека, который также является моим отцом. Это удивительный человек, выдающийся ученый, теоретик и практик. Я также очень многое узнала от каждого супервизора и пациента, с которыми мне довелось работать. И я благодарна им всем.

*Джудит С. Бек, PhD*

ГЛАВА 1

# Введение в когнитивно-поведенческую терапию

В 1960-х годах произошла настоящая революция в области психического здоровья — ее инициатором стал Аарон Бек, тогда работавший старшим преподавателем психиатрии в Пенсильванском университете. На тот момент доктор Бек уже прошел полный курс обучения психоанализу и был практикующим психоаналитиком. Как настоящий ученый доктор Бек был убежден: нужно научно доказать практическую эффективность психоанализа, чтобы его приняли в медицинском сообществе. На стыке 1950-х и 1960-х годов он провел несколько экспериментов, которые и должны были обеспечить методу такую доказательную базу. Однако результаты оказались обратными. Эти эксперименты и подтолкнули Бека к поиску других объяснений депрессии. Он заявил, что первичной характеристикой депрессии являются искаженные негативные когниции (в первую очередь мысли и убеждения), и разработал краткосрочную терапию, одной из главных целей которой стала проверка депрессивного образа мышления на реалистичность.

В этой главе вы найдете ответы на следующие вопросы:

- Что представляет собой когнитивно-поведенческая терапия?
- Как она развивалась?
- Что говорят исследования о ее эффективности?
- На каких принципах она основывается?
- Как стать эффективным когнитивно-поведенческим терапевтом?

## Что представляет собой когнитивно-поведенческая терапия?

В начале 1960-х годов Аарон Бек разработал форму психотерапии, которую сначала назвал когнитивной терапией. Сегодня большинство специалистов считают когнитивную терапию синонимом когнитивно-поведенческой терапии, и в этой книге мы будет использовать второй термин. Бек разработал четко структурированную, краткосрочную психотерапию для депрессивных расстройств, направленную на решение текущих проблем и изменение дисфункционального (ошибочного и/или непродуктивного) мышления и поведения (Beck, 1964). С тех самых пор он и другие специалисты успешно адаптировали этот терапевтический подход для работы с поразительно широким спектром расстройств и проблем. Изменения коснулись общего фокуса терапии, применяемых техник и продолжительности лечения, однако теоретические основы подхода остались прежними. Во всех формах когнитивно-поведенческой терапии, возникших из модели Бека, лечение основывается на когнитивных формулировках, убеждениях и поведенческих стратегиях, специфичных для определенных расстройств (Alford & Beck, 1997).

В основе лечения лежит процесс концептуализации — понимания ситуации конкретного пациента (свойственных лично ему убеждений и поведенческих схем). Терапевт ищет разные способы достижения когнитивных изменений — модификации системы мышления и поведения пациента, — которые позволят подтолкнуть его к продолжительным эмоциональным и поведенческим изменениям.

В ходе разработки этой формы психотерапии Бек использовал целый ряд различных источников, в том числе работы древнегреческих философов (например, Эпиктета) и великих теоретиков психологии: Карен Хорни, Альфреда Адлера, Джорджа Келли, Альберта Эллиса, Ричарда Лазаруса и Альберта Бандуры. Работы Бека, в свою очередь, расширялись и дополнялись современными практическими исследователями и теоретическими изысканиями в США и за границей — их так много, что перечислить все здесь не представляется возможным.

На сегодняшний день существуют разнообразные формы когнитивно-поведенческой терапии, которые имеют общие черты с терапией Бека, однако концептуализации и акценты в лечении до некоторой степени отличаются. К ним можно отнести рационально-эмотивную терапию Альберта Эллиса (Ellis, 1962), диалектическую поведенческую терапию (Linehan, 1993), терапию, сфокусированную на решении проблем (D'Zurilla & Nezu, 2006), терапию принятия и ответственности (Hayes, Follette, & Linehan, 2004),

экспозиционную терапию (Foa & Rothbaum, 1998), терапию когнитивной переработки (Resick & Schnicke, 1993), психотерапию когнитивно-поведенческого анализа (McCullough, 1999), поведенческую активацию (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980; Martell, Addis, & Jacobson, 2001), когнитивно-поведенческую модификацию (Meichenbaum, 1977) и другие направления. Когнитивно-поведенческая терапия Бека в рамках когнитивного подхода объединяет техники, разработанные в каждом из этих направлений, а также в других психотерапевтических школах. В многочисленных исторических обзорах этой психотерапевтической области описывается, как возникали и развивались различные направления когнитивно-поведенческой терапии (Arnkoff & Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck, & Alford, 1999; Dobson & Dozois, 2009; Hollon & Beck, 1993).

Со временем когнитивно-поведенческая терапия была адаптирована для пациентов с различным уровнем образования и дохода, для представителей разных культур и возрастных групп — от детей до людей пожилого возраста. Сегодня ее, среди прочего, применяют в отделениях первой помощи и других медицинских организациях, в школах, при разработке профессиональных программ и в реабилитации заключенных. Ее применяют также в формате групповой, парной и семейной работы. В этой книге описывается индивидуальный формат лечения с сессиями продолжительностью 45 минут (хотя сессии могут быть и короче). Некоторые пациенты, в частности страдающие шизофренией, не способны взаимодействовать в формате полноценных сессий, а потому некоторые специалисты применяют техники когнитивной терапии вне терапевтических сессий — в рамках медицинских или реабилитационных назначений или проверки эффективности медикаментозных назначений.

## Какая теория лежит в основе когнитивно-поведенческой терапии?

В двух словах можно сказать так: *когнитивная модель* предполагает, что дисфункциональное мышление (которое влияет на настроение и поведение пациента) характерно для всех видов психических нарушений. Когда люди обучаются оценивать свой образ мыслей более реалистично и адаптивно, улучшается их эмоциональное состояние и поведение. Например, если вам вернули чек из-за отсутствия денег на счете, а вы в этот момент пребывали в подавленном состоянии, у вас может возникнуть *автоматическая мысль* — идея, которая появится в голове будто бы сама по себе: «Я ничего не могу сделать правильно». Затем эта мысль может привести к определенной реакции: например, вы почувствуете грусть (эмоция) и вернетесь в постель

(поведение). Но если вы попытаетесь оценить валидность этой идеи, вы можете заключить, что сделали слишком общий вывод и вообще-то много чего делаете правильно. Оценивая свой опыт с этой новой точки зрения, вы, скорее всего, почувствуете себя лучше и сможете вести себя более конструктивно.

Для достижения долговременного улучшения настроения и поведения пациента когнитивные терапевты работают с более глубокими уровнями мышления: глубинными убеждениями людей о самих себе, своем мире и других. Модификация основополагающих дисфункциональных убеждений пациентов позволяет добиться более устойчивых изменений. Так, если вы постоянно недооцениваете свои способности, возможно, у вас есть глубинное убеждение о собственной некомпетентности. Когда вы измените это глубинное убеждение (например, научитесь видеть себя в более реалистичном свете, с достоинствами и недостатками) — изменится ваше восприятие определенных ситуаций, с которыми вы сталкиваетесь ежедневно. Вы станете все реже ловить себя на мыслях вроде: «Я ничего не могу сделать правильно». Вместо этого, совершив ошибку, вы, скорее всего, подумаете: «Это [определенная задача] мне не особенно удается».

## О чем говорят исследования?

Эффективность методов когнитивно-поведенческой терапии постоянно проверяется с тех пор, как в 1977 году было опубликовано первое исследование исходов лечения (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977). На данный момент опубликовано больше 500 исследований, которые доказали эффективность когнитивно-поведенческого подхода в работе с рядом психических расстройств, психологических проблем и соматических заболеваний с психологической составляющей (см., например: Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Chambless & Ollendick, 2001). В табл. 1.1 перечислены расстройства и проблемы, с которыми можно успешно работать в рамках когнитивно-поведенческого направления. Полный список можно найти на сайте Института Аарона Бека *www.beckinstitute.org*.

Также проводились исследования, целью которых было продемонстрировать эффективность когнитивно-поведенческой терапии в привычной социальной среде (см., например: Shadish, Matt, Navarro & Philips, 2000; Simons et al., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans, & Beck, 2009). Другие исследования выявили эффективность когнитивно-поведенческой терапии с использованием компьютера (см., например: Khanna & Kendall, 2010; Wright et al., 2002). Несколько исследований также продемонстрировали, что в результате когнитивно-поведенческой терапии при различных

**расстройствах у пациентов происходят определенные нейробиологические изменения (см., например: Goldapple et al., 2004). Сотни исследовательских работ подтвердили эффективность когнитивной модели для лечения тревоги и депрессии.** Всесторонний обзор этих исследований выпускали Кларк и соавторы (Clark et al., 1999), а также Кларк и Бек (Clark & Beck, 2010).

**Таблица 1.1.** Неполный список расстройств, которые успешно лечатся в рамках когнитивно-поведенческого подхода

| Психические расстройства | Психологические проблемы | Соматические заболевания с психологической составляющей |
|---|---|---|
| Большое депрессивное расстройство | Проблемы в паре | Хроническая боль в спине |
| Гериатрическая депрессия | Проблемы в семье | Боль при серповидноклеточной анемии |
| Генерализованное тревожное расстройство | Патологическая игромания | Мигрени |
| Гериатрическая тревога | Осложненное горе | Звон в ушах |
| Паническое расстройство | Стресс ухаживающего лица | Онкологические боли |
| Агорафобия | Гнев и враждебность | Соматоформные расстройства |
| Социофобия | | Синдром раздраженного кишечника |
| Обсессивно-компульсивное расстройство | | Синдром хронической усталости |
| Расстройство поведения (кондуктивное расстройство) | | Боль при ревматических заболеваниях |
| Злоупотребление психоактивными веществами | | Эректильная дисфункция |
| Синдром дефицита внимания и гиперактивности | | Бессонница |
| Ипохондрия | | Ожирение |
| Телесная дисморфия | | Вульводиния |
| Расстройства пищевого поведения | | Гипертония |
| Расстройства личности | | Синдром войны в Персидском заливе |
| Лица, совершившие сексуальное преступление | | |
| Расстройства привычек | | |
| Биполярное расстройство (в дополнение к медикаментозной терапии) | | |
| Шизофрения (в дополнение к медикаментозной терапии) | | |

## Как развивалась когнитивно-поведенческая терапия Бека?

В конце 1950-х – начале 1960-х годов Бек решил проверить психоаналитическую концепцию, согласно которой депрессия является результатом направленной на собственное «Я» враждебности. Бек изучал сны пациентов, страдающих депрессией, – предполагалось, что враждебность в этих снах должна была проявляться чаще и больше, чем в снах обычных людей из контрольной группы. Но, к своему удивлению, он обнаружил, что в снах пациентов с депрессией чаще появлялись сюжеты, связанные с дефектностью, лишениями и потерями, чем темы враждебности. Он установил, что его пациенты продолжали думать об этом и во время бодрствования. Проведя еще одно исследование, Бек понял: под сомнением оказывалась и другая психоаналитическая концепция, согласно которой пациенты с депрессией испытывают потребность страдать (Beck, 1967). Уже тогда стало казаться, что возник эффект домино. Если эти психоаналитические концепции не подтверждаются, как же тогда понимать депрессию?

Количество пациентов, с которыми довелось работать доктору Беку, постепенно росло, и становилось все понятнее, что у каждого из них так или иначе присутствовали два потока мышления: поток свободных ассоциаций и поток быстрых оценочных суждений о самих себе. Так, одна женщина описывала свои сексуальные связи, а затем сообщила, что почувствовала тревогу. Бек интерпретировал произошедшее так: «Вы подумали, что я мысленно вас осуждаю». Но пациентка не согласилась: «Нет, я подумала, что вам скучно меня слушать». В ходе подобных бесед с другими пациентами с депрессией доктор Бек понял, что всем им были свойственны «автоматические» негативные мысли вроде описанной выше, – они и составляли второй поток мыслей, который был тесно связан с переживаемыми эмоциями. Бек начал помогать своим пациентам выявлять, оценивать такие нереалистичные и дезадаптивные мысли и реагировать на них. В результате состояние пациентов стало быстро улучшаться.

Тогда доктор Бек предложил своим коллегам-психиатрам из Пенсильванского университета опробовать новую форму лечения. Они подтвердили: пациенты действительно хорошо на нее реагируют. Джон Раш, доктор медицины (MD), который сегодня считается ведущим специалистом в лечении депрессии, и доктор Бек начали обсуждать перспективы проведения исследования исходов лечения. Они пришли к заключению: подобное исследование необходимо провести, чтобы продемонстрировать другим специалистам эффективность когнитивной терапии. Их рандомизированное контролируемое

исследование пациентов с депрессией, опубликованное в 1977 году, доказало, что эффективность когнитивной терапии примерно равна эффективности имипрамина — распространенного антидепрессанта. Это исследование произвело фурор, так как практически впервые эффективность терапии словом сравнивалась с медикаментозным лечением. Спустя два года Бек, Раш, Шоу и Эмери (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) опубликовали первое руководство по когнитивной терапии.

К важным составляющим когнитивно-поведенческой терапии при депрессии можно отнести акцент на помощи пациентам в решении проблем; поведенческую активацию; выявление, оценку депрессивного мышления и реагирование на него, особенно на негативные мысли о себе, своем мире и своем будущем. В конце 1970-х годов доктор Бек и его коллеги, получившие докторские степени в Пенсильванском университете, приступили к изучению тревоги и обнаружили, что при лечении этих расстройств акценты нужно было расставлять несколько иначе. Пациентам с тревогой нужно учиться правильнее оценивать опасность ситуаций, вызывающих у них страх, оценивать свои внутренние и внешние ресурсы и развиваться, опираясь на них. Им также нужно стараться не избегать пугающих ситуаций, а даже наоборот, чаще сталкиваться с ними, чтобы поведенчески проверять свои негативные предсказания. С того времени когнитивная модель тревоги была дополнена и доработана для каждого вида тревожных расстройств; эти модели были утверждены, а исследования исходов подтвердили эффективность когнитивно-поведенческого подхода при лечении тревожных расстройств (Clark & Beck, 2010).

Промотаем время на несколько десятилетий вперед. Доктор Бек и последователи, а также другие исследователи по всему миру продолжают изучать и дорабатывать теорию, адаптировать и тестировать схемы лечения для пациентов, страдающих от самых различных проблем. Теперь когнитивная терапия, или когнитивно-поведенческая терапия, преподается в большинстве университетов США и во многих других странах.

## Каковы основные принципы лечения?

Хотя терапию нужно адаптировать для каждого пациента в индивидуальном порядке, существуют определенные принципы, которые лежат в основе когнитивно-поведенческой терапии всех пациентов, вне зависимости от индивидуальных особенностей. На протяжении всей книги я буду использовать пример своей пациентки с депрессией Салли — это поможет мне проиллюстрировать основную доктрину и показать, как понять пациента с помощью когнитивно-поведенческой теории и как использовать это понимание при

планировании лечения и проведении терапевтических сессий. Салли — почти идеальный пациент; на ее примере можно отлично продемонстрировать когнитивно-поведенческий подход. Я также буду давать комментарии о том, как корректировать лечение, если пациент реагирует не так хорошо, как она, но читателю стоит обратиться и к другим источникам (например: J. S. Beck, 2005; Kuyken, Padesky & Dudley, 2009; Needleman, 1999), чтобы научиться формулировать концепцию и стратегию, а также применять техники для лечения пациентов с другими диагнозами или сложных пациентов.

> Когда Салли обратилась ко мне, ей было 18 лет, она была не замужем и шел второй семестр ее обучения в колледже. Последние четыре месяца она ощущала подавленность и тревогу, ей было сложно справляться с повседневными делами. Ее состояние соответствовало критериям определения эпизода большого депрессивного расстройства средней тяжести согласно DSM-IV-TR (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 4-е издание, пересмотренное.) Более полный портрет Салли можно найти в приложении А.

Основными принципами когнитивно-поведенческой терапии считаются:

*Принцип 1. Когнитивно-поведенческая терапия основывается на постоянно развивающейся формулировке проблемы пациента и индивидуальной концептуализации каждого пациента в рамках когнитивного подхода.* Я рассматривала трудности Салли в трех временных перспективах. Во-первых, я определяла ее актуальный образ мыслей, который заставлял ее чувствовать грусть («Я неудачница, у меня ничего не получается, я никогда не буду счастливой»), и ее проблемное поведение (она сторонилась других, много времени проводила одна в своей комнате, ничем не занимаясь, избегала обращаться за помощью). Это проблемное поведение проистекало из дисфункционального образа мыслей Салли и, в свою очередь, подкрепляло его. Во-вторых, я выявила предрасполагающие факторы, которые повлияли на восприятие Салли еще в самом начале депрессии (например, она впервые оказалась так далеко от дома, и учеба давалась ей нелегко, что только подкрепляло ее убежденность в отсутствии способностей). В-третьих, я сформулировала гипотезу о формирующих событиях и стойких паттернах интерпретации этих событий пациенткой, которые могли предрасположить ее к депрессии (так, Салли всегда имела склонность списывать собственные достижения и проявления силы на удачное стечение обстоятельств, а слабости считала отражением «настоящей» себя).

Моя концептуализация ситуации Салли основывалась на представлениях о депрессии, сформировавшихся в рамках когнитивного подхода, а также

на информации, которую сама пациентка предоставила о себе уже на первой сессии. Я продолжила дорабатывать эту концептуализацию на каждой сессии — по мере получения новой информации. В определенные стратегически важные моменты я рассказывала Салли о своей концептуализации, чтобы убедиться, что понимаю все правильно. Более того, на протяжении всей терапии я помогала Салли оценивать ее опыт через призму когнитивной модели. Например, она училась идентифицировать мысли, связанные со стрессовым аффектом, а также оценивать и формулировать более адаптивные реакции на эти мысли. Это привело к улучшению ее самочувствия, а также нередко помогало сменить поведение на более функциональное.

*Принцип 2. Когнитивно-поведенческая терапия предполагает создание крепкого терапевтического союза.* Как и многим пациентам с неосложненными депрессивными и тревожными расстройствами, Салли было нелегко довериться мне и включиться в работу. Я постаралась продемонстрировать все основные компоненты, необходимые в подобной консультирующей ситуации: тепло, эмпатию, заботу, неподдельное внимание и компетентность. Свое внимательное отношение к Салли я показывала, когда делала эмпатические замечания, внимательно слушала, точно обобщала ее мысли и чувства. Я обращала внимание на ее маленькие и крупные успехи, чтобы поддерживать в ней разумно оптимистичное отношение к процессу. Я также просила Салли давать обратную связь в конце каждой сессии, чтобы убедиться: она чувствует, что ее поняли, и позитивно воспринимает прошедшую сессию. Подробнее терапевтические отношения в когнитивно-поведенческой терапии описаны в главе 2.

*Принцип 3. Особое внимание в когнитивно-поведенческой терапии уделяется сотрудничеству и активному участию.* Я просила Салли рассматривать терапию как командную работу: вместе мы решали, что будем прорабатывать на каждой сессии, как часто нам нужно встречаться и что Салли может делать в перерывах между сессиями в качестве домашних заданий. Сначала я была более активна, предлагала возможные направления работы на терапевтических сессиях и подытоживала то, что мы обсуждали на них. Но по мере того как депрессия Салли становилась менее выраженной и она все лучше социализировалась в терапию, я помогала ей проявлять большую активность в ходе сессий: решать, о каких проблемах говорить, выявлять искажения мышления, делать важные выводы и продумывать домашние задания.

*Принцип 4. Когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на результат и сфокусирована на проблемах.* На первой сессии я попросила Салли перечислить проблемы и сформулировать цели терапии, чтобы мы вместе могли понять, ради чего ведется работа. Так, в ходе нашей первой встречи

Салли пожаловалась на ощущение социальной изоляции. С моей помощью она сформулировала цель в плоскости поведения: завязывать новые знакомства и проводить больше времени с друзьями, которые у нее уже есть. Позже, когда мы обсуждали, как можно улучшить ее повседневную жизнь, я помогла ей оценить мысли, противоречившие ее цели, например: «Мои друзья не захотят проводить со мной время. Я слишком устала, чтобы встречаться с ними», и правильно реагировать на них. Для начала я помогла Салли оценить обоснованность этих мыслей посредством изучения доказательств. Затем Салли выразила желание протестировать эти мысли с помощью поведенческих экспериментов (с. 228–230), в которых ей нужно было инициировать совместные планы с друзьями. Как только Салли осознала и исправила искажения мышления, она смогла перейти к решению проблем и выйти из состояния изоляции.

*Принцип 5. В первую очередь в когнитивно-поведенческой терапии делается упор на настоящее.* Лечение большинства пациентов предполагает фокус на актуальных проблемах и определенных ситуациях, которые их вызывают. Самочувствие Салли улучшилось, когда она научилась правильно реагировать на собственное негативное мышление и сделала шаги по улучшению своей жизни. Терапия всегда начинается с исследования проблем, существующих «здесь-и-сейчас», вне зависимости от поставленного диагноза. Внимание смещается в прошлое в двух случаях. Во-первых, когда пациент испытывает сильное желание это сделать, и отказ от обращения к прошлому ставит терапевтический союз под угрозу. Во-вторых, когда пациент «застревает» в дисфункциональных мыслях, и понимание идущих из детства корней его глубинных убеждений потенциально может помочь их изменить. («Неудивительно, что вы до сих пор не верите в свои способности. Вы же понимаете, что почти любой ребенок, который пережил бы то же, что и вы, вырос бы убежденным в отсутствии у себя способностей; однако это может быть неправдой или не быть полной правдой».)

Например, я на короткое время обращаюсь к прошлому опыту Салли в ходе терапии, чтобы помочь ей выявить набор убеждений, которые она усвоила в детстве: «Если я многого достигну, значит, я достойный человек» и «Если я не достигну многого, я неудачница». Я помогла ей оценить валидность этих убеждений — как в прошлом, так и в настоящем. Сделав это, Салли сформировала более функциональные и более рациональные убеждения. Если бы у Салли было расстройство личности, я бы посвятила больше времени обсуждению истории ее развития, детским корням убеждений и поведенческих копинг-стратегий.

*Принцип 6. Когнитивно-поведенческая терапия — это образовательная терапия; ее цель — научить пациента быть терапевтом самому себе; по-*

*этому отдельное внимание уделяется предупреждению рецидивов.* На нашей первой сессии я рассказала Салли о природе и течении ее расстройства, о процессе когнитивно-поведенческой терапии и о когнитивной модели (например, о том, как ее мысли влияют на эмоции и поведение). Я не только помогала Салли сформулировать цели, выявить и оценить мысли и убеждения, запланировать поведенческие изменения — я также объясняла ей, как все это сделать. В ходе каждой сессии я предлагала Салли делать заметки — записывать важную информацию, которую она узнала, — чтобы она могла пользоваться этим новым пониманием проблемы уже после того, как терапия будет закончена.

*Принцип 7. Когнитивно-поведенческая терапия должна быть ограничена по времени.* Лечение многих пациентов с депрессивными или тревожными расстройствами состоит из 6–14 сессий. Перед терапевтом поставлены цели: смягчить симптоматику, способствовать ремиссии, помочь справиться с самыми остро стоящими проблемами, помочь освоить навыки, необходимые для предупреждения рецидива. Сначала Салли нужно было посещать терапевтические сессии раз в неделю (если бы ее депрессия проходила тяжелее и она думала о самоубийстве, возможно, я сократила бы перерыв между сессиями). Два месяца спустя мы вместе решили попробовать встречаться раз в две недели, а затем и раз в месяц. Даже после прекращения терапии мы запланировали периодические поддерживающие встречи раз в три месяца в течение года.

Не всем пациентам удается добиться успеха всего за несколько месяцев. На модификацию ригидных дисфункциональных убеждений и поведенческих схем, которые приводят к постоянным душевным страданиям, уходит один-два года или больше. Пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями может требоваться периодическое лечение на протяжении длительного периода, чтобы поддерживать стабильный успех.

*Принцип 8. Сессии когнитивно-поведенческой терапии структурированы.* Вне зависимости от диагноза и стадии лечения эффективность каждой сессии максимизируется, если ее структурировать. Эта структура включает в себя вводную часть (проверку настроения, короткое обсуждение прошедшей недели, совместное построение плана сессии), среднюю часть (обсуждение домашнего задания, актуальных проблем по плану, постановку нового домашнего задания, подведение итогов) и завершающую часть (получение обратной связи). Этот формат делает терапевтический процесс более понятным для пациентов и увеличивает вероятность того, что они смогут заниматься самотерапией после завершения совместной работы.

*Принцип 9. Когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов выявлять, оценивать свои дисфункциональные мысли и убеждения и реагировать*

*на них*. Десятки и даже сотни автоматических мыслей в день могут влиять на настроение, поведение и/или физиологию пациента (последнее особенно характерно для тревожных расстройств). Терапевты помогают пациентам выявлять ключевые когниции и переходить к более реалистичной, адаптивной точке зрения — что помогает им чувствовать себя лучше эмоционально, применять более функциональные поведенческие стратегии и/или снижать физиологическое возбуждение. Это происходит в ходе направляемого открытия (guided discovery), когда с помощью вопросов (их еще к месту и не к месту называют сократовским диалогом) оценивается образ мыслей (при этом не используется переубеждение, спор и чтение лекций). Терапевты также помогают пациентам проводить опыты, которые принято называть поведенческими экспериментами, с помощью которых они могут проверить свои убеждения напрямую (например: «Если я даже посмотрю на фотографию паука, то почувствую тревогу и не смогу нормально думать»). Таким образом терапевты реализуют принцип *совместного эмпиризма*. Обычно терапевты не знают заранее, до какой степени верными или ошибочными окажутся мысли пациента — они исследуют их вместе и проверяют спорные убеждения, чтобы сформулировать продуктивные и правильные способы реагирования на них.

Когда Салли находилась в крайне подавленном состоянии, у нее возникало много автоматических мыслей в течение дня — о некоторых из них она рассказала сама, другие выявила я (спросив, о чем она думала, когда чувствовала себя расстроенной и действовала дисфункционально). Мы часто обнаруживали важные автоматические мысли по мере того, как погружались в обсуждение конкретных проблем Салли; вместе исследовали их валидность и полезность. Я просила ее обобщать новые взгляды, эти обобщения она затем записывала и могла перечитывать в течение недели, чтобы подготовиться к возникновению аналогичных автоматических мыслей. Я не предлагала ей более позитивно смотреть на вещи без обсуждения, не оспаривала достоверность автоматических мыслей и не пыталась убедить ее, что она рассуждает слишком пессимистично. Вместо этого мы занялись совместным исследованием доказательств.

*Принцип 10. Когнитивно-поведенческая терапия использует ряд техник, которые помогают менять образ мыслей, настроение и поведение.* Хотя когнитивные стратегии вроде сократовского диалога и направляемого поиска являются основополагающими для когнитивно-поведенческой терапии, поведенческие и направленные на решение проблем техники также очень важны. Наряду с ними используются и техники, взятые из других подходов и переосмысленные в рамках когнитивной теории. Например, я использовала

техники гештальттерапии, чтобы помочь Салли понять, как полученный в семье опыт повлиял на развитие убеждения, что она ни на что не способна. Я использовала психодинамические техники с некоторыми пациентами с расстройствами второй оси, которые проецировали свои искаженные идеи о людях на терапевтические отношения. Выбор используемых техник зависит от концептуализации случая конкретного пациента, обсуждаемой проблемы и целей, которых вы хотите достичь на сессии.

Эти основополагающие принципы применимы в работе со всеми пациентами. При этом терапия может существенно различаться в зависимости от индивидуальной ситуации, характера возникших у пациентов трудностей, жизненного этапа, а также их уровня развития и интеллекта, пола и культурных особенностей. Лечение может различаться, если различаются поставленные пациентами цели, способность формировать крепкую терапевтическую связь, мотивация к изменениям, предыдущий опыт работы с психотерапевтами, предпочтения в лечении и другие факторы.

*Акценты* в лечении также зависят от конкретного расстройства (или расстройств) пациента. Когнитивно-поведенческая терапия панического расстройства предполагает проверку катастрофических интерпретаций (обычно это ошибочные предсказания, связанные с угрозой смерти или сумасшествия), а также телесными и психическими ощущениями (Clark, 1989). Если у пациента анорексия, нужно работать над изменениями его убеждений в отношении собственной ценности и контроля (Garner & Bemis, 1985). Лечение злоупотребления психоактивными веществами должно быть выстроено вокруг негативных убеждений пациента о себе и убеждений относительно допустимости употребления психоактивных веществ (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993).

## Как проходит терапевтическая сессия?

Структура терапевтических сессий сохраняется примерно одинаковой вне зависимости от конкретного расстройства, однако вмешательство может значительно различаться. (На сайте Академии когнитивной терапии, *www.academyofct.org*, опубликован список книг, в которых описаны когнитивные формулировки, основные акценты, стратегии и техники для широкого спектра диагнозов, особенностей пациентов, форматов и условий лечения.) Ниже приведено обобщенное описание терапевтической сессии и курса терапии, которое особенно актуально для лечения пациентов с депрессией.

В начале каждой встречи важно установить терапевтическое взаимодействие, проверить настроение пациента, симптомы и впечатления последней

недели, попросить его перечислить проблемы, помощь в решении которых для него наиболее актуальна на данный момент. Возможно, эти трудности возникли в течение недели и/или пациент предполагает, что может столкнуться с ними в ближайшее время. Вы также разбираете его успехи в оказании самопомощи (домашнюю работу или план действий), которую он должен был практиковать в перерыве между сессиями. Затем в контексте обсуждения определенной проблемы пациента вы формулируете повестку дня, собираете информацию о проблеме, концептуализируете трудности пациента (спросите, какие мысли возникали у него, какие эмоции и поведение связаны с этой проблемой) и совместно планируете стратегию дальнейших действий. Чаще всего стратегия включает в себя непосредственное решение проблемы, оценку связанного с ней негативного мышления пациента и/или поведенческие изменения.

Так, у Салли, которая была студенткой, возникали трудности в обучении. Ей нужно было помочь оценить возникавшие дезадаптивные мысли и научиться правильно на них реагировать («Зачем что-то вообще делать? Меня все равно наверняка исключат»), и лишь затем она могла заняться решением проблем с обучением. Я убедилась, что взгляд Салли на ситуацию стал более реалистичным и адаптивным и что она определилась, какие решения хочет попробовать осуществить на следующей неделе (например, начинать с относительно легких задач, мысленно резюмировать информацию в конце каждой прочитанной страницы или двух, отводить на учебу более короткие промежутки времени, прогуливаться во время перерывов и просить аспирантов о помощи). В ходе сессии мы готовили Салли к изменению мышления и поведения на предстоящей неделе, что, в свою очередь, приводило к улучшению ее настроения и деятельности.

После того как мы вместе обсудили проблему и определили формат домашнего задания, мы перешли ко второй проблеме, которую она вынесла на повестку дня, и повторили процесс. В конце сессии мы подвели итог, сформулировав самые важные выводы. Я убедилась, что Салли, скорее всего, выполнит домашнее задание, и получила обратную связь по поводу прошедшей сессии.

## Как развивается когнитивно-поведенческий терапевт

Когнитивно-поведенческая терапия может показаться необученному наблюдателю обманчиво простой. *Когнитивная модель* — предположение, что мысли человека влияют на его эмоции и поведение — действительно

по сути своей довольно проста. Однако опытные когнитивно-поведенческие терапевты одновременно решают сразу несколько задач: концептуализируют ситуацию пациента, выстраивают с ним взаимоотношения, социализируют его и расширяют кругозор, определяют проблемы, собирают данные, проверяют гипотезы и делают выводы. Новичкам в этом подходе, наоборот, обычно приходится быть более взвешенными, придерживаться определенных структур и не уделять внимание разным аспектам терапии одновременно. Хотя конечная цель всегда предполагает создание взаимосвязи между всеми этими элементами и проведение максимально эффективной терапии, новичкам стоит начинать с освоения навыка построения терапевтических отношений, навыка концептуализации, а также с изучения техник когнитивно-поведенческой терапии, причем все это лучше осваивать пошагово.

Наработка опыта у когнитивно-поведенческого терапевта состоит из трех этапов. (Предполагается, что терапевт уже овладел важными для консультирования качествами: умением слушать, эмпатией, заботой, позитивным отношением и искренностью, а также умением точно понять, отрефлексировать и обобщить. Терапевты, у которых этих качеств и навыков еще нет, часто вызывают негативные реакции у пациентов.) На первом этапе вы изучаете базовые навыки концептуализации случая в когнитивной парадигме, основываясь на исходной оценке ситуации пациента и собранной в ходе сессии информации. Вы также учитесь структурировать сессии, использовать свои концептуализации и здравый смысл при планировании лечения, помогать пациентам решать проблемы и по-новому относиться к своим дисфункциональным мыслям. Вы также учитесь применять базовые когнитивные и поведенческие техники.

На втором этапе вы еще лучше умеете сочетать концептуализацию со своим знанием техник. Вы развиваете способность понимать терапевтический поток. Вам легче определять критически важные цели лечения и проще дается концептуализация пациентов, которую вы совершенствуете непосредственно в ходе терапевтических сессий и используете для принятия решений о вмешательствах. Вы расширяете свой терапевтический репертуар и учитесь еще точнее подбирать, предлагать и применять подходящие техники.

На третьем этапе вы уже почти автоматически включаете новые данные в концептуализацию. Вы оттачиваете способность выдвигать гипотезы для подтверждения или проверки ваших представлений о пациенте. Вы меняете структуру и техники когнитивно-поведенческой терапии в соответствии с потребностями пациентов, особенно тех из них, кто страдает расстройствами личности и другими сложными расстройствами.

Если вы уже ведете практику в рамках другого психотерапевтического направления, важно, чтобы вы принимали решение о возможности применения

когнитивно-поведенческого подхода совместно с пациентами — при этом обязательно предварительно рассказывали им, в чем будет заключаться разница, и приводили доводы в пользу такого решения. Большинство пациентов соглашаются на такое предложение, если оно сформулировано позитивно, с точки зрения преимуществ для пациента. Если же пациент сомневается, вы можете предложить ввести небольшие изменения (например, начать с установления повестки дня) в качестве временного эксперимента — это мотивирует.

Т. (Терапевт) Майк, недавно я прочитал хорошую книгу по повышению эффективности терапии и подумал о вас.
П. (Пациент) Да?
Т. Да, и я кое-что придумал, чтобы ускорить процесс вашего выздоровления. (*Подталкивает к сотрудничеству.*) Вы не против, если я расскажу подробнее?
П. Ладно.
Т. Во-первых, в книге рекомендовали наметить план работ. Это значит, что в начале каждой сессии я буду просить вас перечислять проблемы, решение которых вы хотели бы обсудить на нашей встрече. Например, вы могли бы сказать, что у вас возникла проблема с начальством, или что на выходных вам сложно подняться с кровати, или что вы очень переживаете из-за денежных проблем (*пауза*). Если я буду просить вас обозначать проблемы с самого начала, это поможет нам понять, как лучше распределить время предстоящей сессии (*пауза*). (*Вызывает обратную связь.*) Как вам такое предложение?

## Как пользоваться этой книгой

Эта книга написана для читателей с любым терапевтическим опытом и уровнем развития навыков, которым не хватает знаний о фундаментальных составляющих когнитивной концептуализации и лечения. Крайне важно понимать, как и когда варьировать стандартное лечение в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов.

Ваш рост как когнитивно-поведенческого терапевта ускорится, если вы начнете самостоятельно применять описанные в этой книге инструменты. Сначала по мере чтения старайтесь концептуализировать собственные мысли и убеждения. Начните обращать внимание на изменения собственного эмоционального состояния. Заметив, что ваше настроение изменилось или сильно ухудшилось (или заметив, что вы ведете себя дисфункционально и ощущаете телесные проявления негативных эмоций), спросите себя, что вы

сейчас чувствуете. И, конечно же, задайте себе главный вопрос когнитивно-поведенческой терапии:

**«О чем я только что подумал(а)?»**

Так вы научитесь выявлять собственные автоматические мысли. Ваше самообучение базовым навыкам когнитивно-поведенческой терапии в роли субъекта позволит вам быстрее понять, как передать эти навыки пациентам.

Особенно полезным будет выявлять автоматические мысли по мере чтения этой книги или применения описанных техник с пациентами. Если, например, вы обратите внимание, что чувствуете легкое раздражение, спросите себя: «О чем я только что думал(а)?» Возможно, это поможет вам выявить автоматические мысли вроде:

- «Это слишком сложно».
- «Возможно, я не смогу это освоить».
- «Мне некомфортно это делать».
- «А что, если я попробую, а это не сработает?»

Опытные терапевты, которые сначала специализировались на других направлениях психотерапии, могут отметить другие автоматические мысли:

- «Это не сработает».
- «Пациенту это не понравится».
- «Это слишком поверхностно/структурировано/неэмпатично/просто».

Выявив у себя подобные мысли, вы можете либо снова сосредоточить внимание на чтении, либо перейти к главам 11–12, в которых описано, как оценивать автоматические мысли и реагировать на них. Обращая внимание на собственный образ мыслей, вы сможете не только развить навыки когнитивно-поведенческого терапевта, но и научитесь менять собственные дисфункциональные мысли и влиять на настроение (а значит, и на поведение), что только облегчит вам процесс обучения.

Стандартная аналогия, которая часто используется в работе с пациентами, подойдет и для начинающих когнитивно-поведенческих терапевтов. Осваивать навыки когнитивно-поведенческой терапии — то же самое, что осваивать другие навыки. Помните, как вы учились водить или пользоваться компьютером? Сначала вы действовали неуклюже? Нужно было уделять огромное внимание деталям и действиям, которые теперь получается запросто выполнять автоматически? Бывало так, что вы падали духом? По мере продолжения обучения казалось ли вам, что вы все лучше понимаете, что происходит, все увереннее себя чувствуете? И освоили ли вы в конце концов навыки до такой степени, что смогли пользоваться ими легко и непринужденно? У большинства людей есть опыт подобного получения навыка, в котором они в итоге преуспели.

Так же проходит и процесс обучения когнитивно-поведенческой терапии. Приступая к работе с пациентами, ставьте небольшие, четко сформулированные, реалистичные цели. Хвалите себя за маленькие достижения. Сравнивайте достижения с уровнем способностей до начала чтения книги или со временем, когда вы впервые узнали о когнитивно-поведенческой терапии. Осваивайте разные способы реагирования на негативные мысли, например на те, в которых вы сравниваете себя с опытными поведенческими терапевтами или которые снижают вашу уверенность в себе, потому что сравнивают ваш текущий уровень с целевым.

Если вы беспокоитесь о том, как пациенты отнесутся к вашему предложению использовать методы когнитивно-поведенческой терапии, сделайте для себя копинг-карточки с важными утверждениями. Перед первым самостоятельным приемом пациентов у моих студентов часто возникают непродуктивные мысли. Я предлагаю им делать специальные карточки, которые будут на эти мысли отвечать. Конечно же, их содержание определяется индивидуально, но обычно на них пишется что-то подобное:

> *Передо мной не стоит цели вылечить пациента сегодня. Никто не ждет от меня этого.*
>
> *Моя цель — заключить хороший терапевтический союз, помочь решить какие-то проблемы и, если получится, развить собственные навыки в области когнитивно-поведенческой терапии.*

Чтение таких карточек помогает снизить тревогу и сосредоточиться на пациентах — а значит, работать эффективнее.

Наконец, нужно сказать, что главы этой книги расположены таким образом, что их лучше читать по порядку. Возможно, вам захочется пролистать вводные главы и сразу перейти к разделам книги, посвященным терапевтическим техникам. Однако когнитивно-поведенческая терапия — это не просто применение определенных техник. Среди прочего она предполагает умелый отбор и эффективное использование широкого спектра техник, основанных на концептуализации. В следующей главе представлен обзор лечения, за ней следует глава, посвященная концептуализации. В главе 4 описывается процесс оценки, а главы 5–8 посвящены структуре и содержанию терапевтических сессий. В главах 9–14 разбираются основные составные элементы когнитивно-поведенческой терапии: выявление когниций и эмоций и адаптивное реагирование на автоматические мысли и убеждения. В главе 15 приведены дополнительные когнитивные и поведенческие техники, а мысленные образы мы обсудим в главе 16. Глава 17 посвящена домашним заданиям. В главе 18 рассматриваются вопросы, связанные с завершением терапии и предупреждением рецидивов. Эти главы закладывают основу для глав 19–20: в них описан процесс планирования лечения и диагностирования проблем пациента. И, наконец, в главе 21 приводятся рекомендации о том, как когнитивно-поведенческому терапевту планировать свое дальнейшее развитие.

ГЛАВА 2

# Обзор лечения

В этой главе мы коротко опишем лечение в рамках когнитивно-поведенческой терапии, а также познакомимся с ее ключевыми составляющими. Главные компоненты КПТ — это:

- **выстраивание терапевтических отношений;**
- **планирование лечения и структурирование сессий;**
- **выявление дисфункциональных когниций и реагирование на них;**
- **акцент на положительном опыте;**
- **содействие когнитивным и поведенческим изменениям между сессиями (домашние задания).**

Подробнее о других элементах когнитивно-поведенческой терапии вы узнаете из следующих глав.

## Выстраивание терапевтических отношений

Крайне важно устанавливать доверие и налаживать отношения с самой первой встречи с пациентом. Исследования показывают, что хороший союз врача с пациентом коррелирует с позитивными результатами лечения (Raue & Goldfried, 1994). Большинству пациентов это удается без труда (впрочем, создать союз сложнее с пациентами, которые страдают от тяжелых психических заболеваний или сильных патологий второй оси). Чтобы добиться этой цели, вам нужно:

- **демонстрировать пациенту хорошие консультативные навыки и точное понимание его проблемы;**
- **делиться своими концептуализациями и планом лечения;**
- **принимать решения совместно;**
- **стремиться получать обратную связь;**
- **варьировать свой стиль;**
- **помогать пациентам решать проблемы и облегчать страдания.**

## Демонстрация консультативных навыков

Эмпатические высказывания, тщательный подбор слов, тон голоса, выражение лица и язык тела помогут вам постоянно демонстрировать пациенту свою вовлеченность и понимание. Я всегда говорю своим ученикам, что, находясь рядом с пациентом, нужно стараться оставаться хорошим человеком. Обращаться с пациентами нужно так, как вам хотелось бы, чтобы обращались с *вами*. Вы демонстрируете эмпатию, верное понимание их проблем и мыслей: задаете важные вопросы, рефлексируете, обобщаете — и пациент чувствует, что его и ценят, и понимают. Когда вы действительно прочувствуете содержание этих сообщений, вам нужно будет имплицитно (а иногда и эксплицитно) передавать их пациентам:

- **«Я забочусь о вас и ценю вас».**
- **«Я хочу понять, что вы переживаете, и помочь вам».**
- **«Я уверен, что у нас получится работать вместе и что когнитивно-поведенческая терапия поможет».**
- **«Ваши проблемы не кажутся мне нерешаемыми, даже если кажутся таковыми вам».**
- **«Я уже сумел помочь другим пациентам с похожими проблемами».**

Если вы не можете внутренне согласиться с каким-либо из этих высказываний, вам может потребоваться помощь супервизора: вместе вы разберетесь, как реагировать на ваши автоматические мысли по отношению к пациенту, когнитивно-поведенческой терапии и самим себе.

Через личные взаимоотношения вы можете косвенно помочь пациентам с депрессией:

- почувствовать, что они кому-то нравятся, что вы относитесь к ним с дружелюбием, теплотой и интересом;
- не чувствовать себя таким одиноким — благодаря процессу совместной командной работы над решением возникших проблем и достижением поставленных целей;
- смотреть на происходящее с большим оптимизмом, потому что вы транслируете реалистичную и обнадеживающую уверенность в том, что лечение поможет;
- переоценить собственную самоэффективность — вы поможете им увидеть, что они заслуживают похвалы за решение возникших проблем, выполнение домашнего задания и другие продуктивные действия.

Распространенный миф о когнитивно-поведенческой терапии, поддерживаемый людьми, которые не читали качественных книг и не смотрели видеозаписей опытных клиницистов, гласит, что когнитивно-поведенческая терапия — метод холодный и механистичный. Но это просто неправда. На самом деле уже в первом руководстве по когнитивно-поведенческой терапии (Beck et al., 1979) отдельное внимание уделялось важности выстраивания хороших человеческих отношений между терапевтом и пациентом.

## Важно делиться концептуализацией и планом лечения

Вы будете постоянно делиться своими соображениями с пациентами и интересоваться, согласны ли они с вами. Например, представим: пациентка только что описала проблему с матерью. Вы задали несколько вопросов, чтобы создать полноценную когнитивную модель. Затем вы начали рассуждать вслух, в формате обобщения. «Хорошо, я хочу разобраться и точно вас понять. Ситуация такова: мать накричала на вас по телефону за то, что вы не позвонили брату. У вас возникла автоматическая мысль: "Она не понимает, как я занята. Она не винит *его* за то, что он не звонит *мне*". Из-за этих мыслей вам стало больно, вы разозлились, но ничего ей не сказали [поведение]... Правильно ли я все понял?» Если ваша концептуализация верна, пациентка скажет: «Да, думаю, все правильно». Если вы ошиблись, пациентка, скорее всего, скажет: «Не совсем так. Скорее...» Получая от пациентов обратную связь, вы укрепляете терапевтический союз, получаете возможность формулировать более точную концептуализацию и проводить более эффективное лечение.

## Принятие совместных решений

Ведя пациентов от встречи к встрече, вы будете активно вовлекать их в терапевтический процесс. Вы поможете им определить приоритеты: понять, помощь в решении каких проблем им хотелось бы получить во время сессии. Вы будете объяснять, почему выбрали именно этот вид вмешательства, и получать их согласие («Думаю, ваш стресс уменьшится, если вы будете несколько раз в день отдыхать, — давайте обсудим этот вариант?»). Вы можете предлагать упражнения по самопомощи, выполнить которые они попробуют дома, и затем получать реакцию пациентов. Вы постоянно будете работать в команде.

## Получение обратной связи

Вам нужно отслеживать эмоциональные реакции пациентов на протяжении всей сессии: следить за выражением лица, языком тела, подбором слов, тоном голоса. Заметив, что пациент все сильнее переживает, вы можете тут же спросить: «Вы выглядите расстроенным. О чем вы подумали?» Пациент может выразить негативные мысли о себе, процессе терапии или о вас. Как будет описано в главе 8, важно положительно подкреплять обратную связь от клиента, концептуализировать проблему и планировать стратегию ее решения. Неспособность терапевта выявить негативную обратную связь и разобраться с ней снижает способность пациента сосредоточиваться на реальных жизненных трудностях и улучшать свое самочувствие. Это может даже повлечь за собой решение о немедленном прекращении терапии (см. J. S. Beck, 2005 — в этой работе подробно разбираются методы решения проблем, возникающих в терапевтических отношениях). Даже когда вы понимаете, что сформировали с пациентом крепкий союз, вам все равно нужно получать обратную связь в конце каждой встречи: «Что вы думаете об этой сессии? Может быть, что-то вас беспокоило, вы почувствовали себя непонятым? Вам хотелось бы в следующий раз сделать что-либо по-другому?» Такие вопросы могут существенно укрепить ваши отношения. Возможно, вы окажетесь первым специалистом из сферы медицинских услуг, который спросил пациента об этом. Обычно такая искренняя забота и внимание к реакции, которую вызывает вмешательство, помогает пациентам почувствовать, что их уважают.

## Варьирование стиля

Большинство пациентов положительно реагируют на теплоту, эмпатию и заботу. Однако у некоторых проявления заботы вызывают негативную реакцию. Например, пациент может посчитать вас сверхзаботливым или

«сюсюкающим». Наблюдая за эмоциональными реакциями пациента на протяжении сессии, вы можете поймать момент, когда подобную проблему можно будет вскрыть с помощью верно заданного вопроса. После этого вы сможете изменить стиль самоподачи и тем самым позволите пациенту чувствовать себя в вашем обществе более комфортно.

### Помощь пациентам в облегчении страданий

Один из лучших способов укрепить терапевтические отношения — качественно и эффективно выполнять свою работу когнитивно-поведенческого терапевта. Исследования показали, что терапевтический союз становится прочнее, когда смягчается симптоматика пациента (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999).

*Резюме*. Вы потратите достаточное количество времени на выстраивание терапевтических отношений, чтобы пациенты смогли эффективно работать в команде с вами. Терапевтический союз вы будете использовать для того, чтобы доказывать пациентам, что их базовые убеждения неверны. Если ваш союз крепок, вам не придется тратить лишние минуты на обсуждение сторонних вопросов — вы будете максимально эффективно распределять время на решение проблем, с которыми пациент столкнется на предстоящей неделе. В работе с некоторыми пациентами, особенно страдающими личностными расстройствами, требуется уделять особенное внимание терапевтическим отношениям и продвинутым стратегиям создания эффективного союза (Beck, Freeman, Davis, & Associates, 2004; J. S. Beck, 2005; Young, 1999).

## Планирование лечения и структурирование сессий

Главная цель лечения — чтобы процесс терапии был понятен вам и вашему пациенту. Вы постараетесь организовать терапию как можно более эффективно. Придерживаясь стандартного формата (а также объясняя пациенту терапевтические техники), вы только ускорите достижение этих целей. Но, как уже было отмечено выше, вы никогда не сможете провести терапию механически или безличностно, а если попытаетесь, это будет не особенно эффективно.

Большинству пациентов комфортнее, когда они знают, чего ожидать от терапии; когда они ясно понимают, чего вы от них хотите; когда они чувствуют, что вы с ними в одной команде; когда у них появляется конкретное

представление о том, как будет проходить терапия — и каждая отдельная сессия, и курс в целом. Вы поможете пациенту максимально четко представить себе процесс, если объясните ему общую структуру сессий и будете придерживаться ее (временами проявляя некоторую гибкость).

Вы начнете планировать процесс лечения еще до того, как пациент войдет в ваш кабинет. Вы будете быстро просматривать его карту, особенное внимание обращая на цели лечения, сделанные в ходе терапии заметки и домашнее задание, которое пациент должен был выполнить. Как уже отмечалось выше, одна из важнейших целей терапевта — улучшить настроение пациента на время сессии и создать план, который поможет ему почувствовать себя лучше и выбирать более функциональные поведенческие стратегии на протяжении недели. Чем конкретно вы будете заниматься в течение сессии, зависит от симптомов пациента, концептуализации, прочности терапевтического союза, этапа лечения и особенно от проблем, которые сам пациент захочет вынести на обсуждение.

Ваша цель в первой части терапевтической сессии — восстановить терапевтический союз и собрать информацию, чтобы вы с пациентом могли совместно определить план сессии и расставить приоритеты. Во второй части сессии вы с пациентом обсуждаете вынесенные на повестку дня проблемы. В контексте решения этих проблем вы сможете обучать пациента важным когнитивным, поведенческим и другим полезным навыкам. Вы будете постоянно подкреплять когнитивную модель, помогать пациентам оценивать автоматические мысли и реагировать на них, решать проблемы, а затем предлагать им подводить итоги и формулировать новое понимание ситуации.

Домашнее задание обычно естественным образом вытекает из подобных обсуждений и вмешательств; его основная цель — напоминать пациенту о новом, более реалистичном образе мыслей в отношении проблем и исполнения принятых решений в течение недели. Одно задание может переходить из недели в неделю: предлагайте пациентам выявлять свои дисфункциональные мысли и реагировать на них определенным образом, как только они заметят, что их настроение ухудшилось, что они ведут себя дисфункционально и/или переживают существенное физиологическое возбуждение.

В последней части сессии вы спросите, какие выводы, на взгляд пациента, оказались наиболее важными, убедитесь, что он записал их, проверите (и, если нужно, измените) домашние задания и получите обратную связь. Опытные когнитивно-поведенческие терапевты могут временами отходить от этого формата, но новички обычно работают эффективнее всего, когда придерживаются определенной структуры. Более подробное описание структуры терапевтических сессий приведено в главах 5, 7 и 8.

Чтобы эффективно структурировать сессии, вам нужно *мягко* прерывать пациента: «О, могу ли я на секундочку вас прервать? Имеете ли вы в виду, что...?» Стратегически продуманное и умелое прерывание речи пациента будет проиллюстрировано в следующих главах. Если поначалу четкая структура сессии может казаться вам неудобной, со временем вы, скорее всего, обнаружите, что такой процесс становится вашей второй натурой — особенно когда вы увидите первые положительные результаты.

## Выявление дисфункциональных когниций и реагирование на них

Важный компонент практически любой терапевтической сессии — помощь пациенту в выборе правильной реакции на неправильные и непродуктивные идеи: автоматические мысли, мысленные образы и/или лежащие в их основе убеждения. Существует целый ряд приемов выявления автоматических мыслей (см. главу 9). Но обычно для этого достаточно, когда пациент рассказывает о расстраивающей ситуации, эмоции или дисфункциональном поведении, задать основной вопрос:

**«О чем вы сейчас подумали?»**

Далее помогите пациентам оценить их мышление двумя способами.

- Погрузитесь в процесс *направляемого открытия* и помогите пациентам развить более адаптивный и основанный на реальности взгляд на проблему.
- Придумайте вместе с пациентом *поведенческие эксперименты*, которые будут проверять предсказания пациентов всегда, когда это возможно.

### Направляемое открытие

Обычно в контексте обсуждения проблемы вы выявляете когниции пациента (его автоматические мысли, образы и/или убеждения). Как правило, сначала вы разбираетесь, какая именно когниция или когниции больше всего беспокоят пациента. Затем вы задаете ему несколько вопросов, которые помогают дистанцироваться от этих когниций (предложить считать когниции просто идеями, необязательно справедливыми); оценить их валидность

и практическое значение и/или провести декатастрофизацию страхов. В этом вам помогут следующие вопросы:

- «Каковы доказательства того, что ваша мысль верна? Каковы доказательства обратного?»
- «Как еще можно посмотреть на эту ситуацию?»
- «Что самое плохое может случиться и как вы справитесь в таком случае? Что самое хорошее может случиться? А какой вариант развития событий самый реалистичный?»
- «Какие последствия имеет ваша убежденность в правильности автоматической мысли? К чему приведет изменение образа мыслей?»
- «Если бы [друг или член семьи] попал в такую же ситуацию и у него возникла та же автоматическая мысль, что бы вы ему посоветовали?»
- «Что вам стоит сделать?»

В главе 11 разъясняется, почему не каждый из этих вопросов подойдет для любой автоматической мысли — иными словами, вы можете каждый раз использовать разные вопросы. Но эта подборка — полезный ориентир. Стенограмма беседы с Салли, состоявшейся на нашей четвертой встрече, отлично это иллюстрирует. Я помогаю Салли определить важную для нее проблему, выявить и оценить связанные с ней дисфункциональные идеи, составить разумный план и оценить эффективность вмешательства.

Т. Значит, Салли, вы говорили, что хотите обсудить возможность найти подработку?
П. Да. Мне нужны деньги... но я не знаю.
Т. (*Замечает, что Салли стала еще более подавленной.*) О чем вы думаете прямо сейчас?
П. (*Автоматическая мысль.*) Я не справлюсь с работой.
Т. (*Подчеркивает, что эта идея — всего лишь мысль, связывает ее с настроением.*) И какие чувства вызывает у вас эта мысль?
П. (*Эмоция.*) Мне грустно. Очень грустно.
Т. (*Начинает оценивать мысль.*) Каковы доказательства того, что вы не сможете работать?
П. Ну, мне трудно дается учеба.
Т. Хорошо, что еще?

П. Не знаю... Я все еще такая уставшая. Сложно даже заставить себя *искать* работу — какое там ходить туда каждый день.

Т. Сейчас мы с этим разберемся. (*Предлагает альтернативную точку зрения.*) Может быть, на самом деле для вас сейчас сложнее заставить себя *искать* работу, а ходить на нее, когда она найдется, уже будет легче. В любом случае есть ли еще какие-то доказательства того, что вы бы не справились с работой, если бы нашли ее?

П. ...Нет, ничего не могу придумать.

Т. А какие-нибудь доказательства обратного? Что вы *могли бы* справиться с работой?

П. Я работала в прошлом году. Плюс к тому училась и делала еще массу других дел. Но в этом году... я просто не знаю.

Т. Еще какие-нибудь доказательства того, что вы справились бы с работой?

П. Я не знаю... Возможно, я могла бы заниматься чем-то, на что не нужно тратить много времени. Ведь это не так сложно.

Т. Что бы это могло быть?

П. Я могла бы устроиться продавцом. Этим я и занималась в прошлом году.

Т. А где именно вы могли бы работать?

П. Вообще-то, может быть, в [университетском] книжном магазине. Я видела объявление, что они набирают сотрудников.

Т. Хорошо. И что *самое плохое* может случиться, если вы получите работу в книжном магазине?

П. Думаю, то, что не справлюсь с обязанностями.

Т. Если бы так и произошло, как бы вы поступили тогда?

П. Я бы просто уволилась.

Т. А что *самое хорошее* может произойти?

П. Ну... что я справлюсь запросто.

Т. А какой самый *реалистичный* вариант развития событий?

П. Скорее всего, мне придется нелегко, особенно поначалу. Но в целом я могла бы справиться.

Т. Салли, а к чему приводит ваша убежденность в правильности мысли: «Я не справлюсь с этой работой?»

П. Мне грустно... и я даже не пытаюсь.

Т. А что произойдет, если вы начнете думать иначе, поймете, что работа в книжном магазине вам вполне по силам?

П. Я почувствую себя лучше. И я, скорее всего, попробую получить эту работу.

Т. Хорошо, так как бы вам теперь хотелось поступить?
П. Пойти в книжный. Я могу зайти туда сегодня вечером.
Т. Какова вероятность того, что вы это сделаете?
П. Думаю, что зайду. Да, я точно зайду.
Т. И как вы чувствуете себя теперь?
П. Чуть лучше. И, кажется, больше нервничаю. Но и надежды прибавилось, наверное.

Здесь Салли смогла выявить и оценить свою дисфункциональную мысль «Я не справлюсь с работой» с помощью стандартных вопросов. Однако при работе со многими пациентами терапевту требуется приложить намного больше усилий, прежде чем они действительно захотят поведенчески включиться в процесс. Если бы Салли сомневалась, я бы попросила ее подвести итог нашему обсуждению, а затем, возможно, мы бы вместе составили основанный на ее выводах текст для копинг-карточки. Получилось бы что-то вроде:

> *Если я захочу избежать похода в книжный магазин, нужно напомнить себе, что я, скорее всего, справлюсь с работой и всегда смогу уволиться, если что-то не получится. Это не так уж важно.*

## Поведенческие эксперименты

По возможности вы будете совместно с пациентом придумывать эксперименты, которые можно проводить как на терапевтических сессиях, так и в перерывах между ними. Обсуждение валидности идей пациента, как уже было описано выше, может помочь ему изменить образ мыслей; однако намного более глубокие изменения достигаются, когда когниция оспаривается в ходе поведенческого теста, то есть когда пациент получает опыт, доказывающий невалидность его мыслей (Bennett-Levy et al., 2004). Условия эксперимента должны быть связаны с негативными предсказаниями пациентов. Так, у пациента с депрессией может возникнуть автоматическая мысль: «Если я попробую что-то прочитать, то не смогу сконцентрироваться на тексте и понять его». Вы можете предложить пациенту прочитать короткий отрывок книги из вашего кабинета и проверить, насколько верной окажется его мысль. Тревожный пациент может думать: «Если я расскажу о том случае насилия, я сильно расстроюсь и может случиться нервный срыв» или «Если я снова начну тревожиться, мое сердце будет колотиться,

как бешеное, и у меня случится сердечный приступ». Вместе вы создадите эксперименты, которые помогут протестировать эти идеи.

В начале лечения вы, скорее всего, будете фокусироваться на мыслях, возникающих в конкретных ситуациях — чаще всего они поддаются изменению. Ближе к середине терапии вы продолжите работать с автоматическими мыслями, однако сосредоточитесь на изменении более общих когниций пациента: их глубинных допущений и убеждений. (Разные уровни когниций подробно описаны в следующей главе.) В идеале лечение завершается, когда расстройство пациента переходит в стадию ремиссии и он осваивает навыки, необходимые для профилактики рецидива.

## Акцент на положительном опыте

Большинство пациентов, особенно страдающих депрессией, склонны концентрировать внимание на негативе. Когда они находятся в подавленном состоянии, они автоматически (то есть не осознавая этого) избирательно обращают внимание и делают упор на негативный опыт и преуменьшают, а то и вовсе не замечают положительный опыт. Трудности, возникающие у них при переработке позитивной информации, приводят к развитию искаженного восприятия реальности. Чтобы противостоять этому свойству депрессии, вам нужно постоянно помогать пациентам сосредоточиваться на положительном опыте.

На этапе оценки вам нужно выявить сильные стороны пациента («Каковы ваши сильные стороны и положительные качества?»). Начиная с первой сессии, вы будете каждый раз выявлять позитивные события, произошедшие на прошлой неделе («Что хорошего произошло с нашей последней встречи? Что хорошего вы сделали?»). Вы будете выстраивать обсуждения в положительном ключе, помогать пациентам проводить следующую неделю лучше предыдущей. Вы будете использовать терапевтический союз для демонстрации того, что ваши пациенты — важные, значимые люди («Я думаю, просто прекрасно, что вы поговорили с учителем [ребенка, с которым занимались], чтобы тот ему помог»). Сами пациенты дадут вам информацию, которая будет опровергать их негативные автоматические мысли и убеждения («Каковы [положительные] доказательства обратного — что ваша автоматическая мысль не верна?»).

Вы будете выделять положительную информацию, которую будете получать от пациентов по мере обсуждения, и спрашивать, что она говорит о них («Вы получили работу в книжном магазине — что это может сказать о вас?»). Вы будете постоянно отслеживать и комментировать, когда пациент упомянет,

что хорошо справился с ситуацией («Какая хорошая идея: попробовать решить проблему, предложив Элисон заниматься вместе»). Вы вместе придумаете домашние задания, которые подкрепят опыт переживания удовольствия и удовлетворения от достигнутого у пациентов. Методы концептуализации и использования в работе сильных сторон пациентов, а также их гибкости подробно описаны в работе Кайена с соавторами (Kuyken et al., 2009).

## Содействие когнитивным и поведенческим изменениям между сессиями (домашние задания)

Важная цель лечения — помочь пациентам почувствовать себя лучше к концу сессии и настроить их на то, что будущая неделя пройдет лучше предыдущей. Чтобы достичь этой цели, вы будете:

- **помогать пациентам оценивать автоматические мысли, которые появятся у них между сессиями, и правильно реагировать на них;**
- **помогать пациентам продумывать способы решения проблем и воплощать их на протяжении недели;**
- **обучать пациентов навыкам, которые они будут отрабатывать в течение недели.**

Пациенты склонны забывать многое из того, что происходит на терапевтических сессиях, поэтому важно напоминать им записывать информацию, которую, на ваш взгляд, нужно запомнить, и повторять ее дома. Записывать задания по самопомощи в отдельную терапевтическую тетрадь можете вы или сами пациенты (вы можете делать ксерокопию этих записей и прилагать к своим заметкам или использовать копировальную бумагу). Домашние задания, как правило, включают:

- **достижение поведенческих изменений за счет решения проблем и/или отработки навыков, освоенных на сессии (например, проблема изоляции может привести к поведенческому решению «позвонить друзьям»; проблема избыточной нагрузки может привести к отстаиванию своих интересов на обсуждении создавшейся ситуации с непосредственным руководителем);**

- **выявление автоматических мыслей и убеждений, при которых пациент замечает дисфункциональные аффективные, поведенческие и физиологические изменения; затем оценка и реакция на их когниции с помощью сократовского диалога, поведенческих экспериментов и/или чтения сделанных в ходе сессии записей, которые помогают реагировать на когниции. Например:**

> *Если я начну думать, что не могу прибраться на кухне, нужно напомнить себе, что достаточно потратить на это всего 10 минут; что это может казаться сложным, но вряд ли невозможно и что первые одна-две минуты, скорее всего, окажутся самыми сложными, а потом станет легче.*

Домашние задания естественным образом вытекают из обсуждения конкретных проблем: появляются определенные вещи, которые пациенту нужно запомнить (изменения когниций) и/или сделать. Крайне важно планировать домашние задания тщательно, подбирая их под пациента и основываясь на ваших представлениях о том, что эффективнее всего поможет, — и, конечно же, пациент должен быть согласен на выполнение этих заданий. Важно также проверять домашнее задание на следующей неделе. Например, пациентам с депрессией как можно раньше нужно давать задания, связанные с составлением расписания активностей. В главе 6 вы найдете подробное описание графика активностей, а в главе 17 представлены подробные рекомендации о том, как назначать и проверять домашнюю работу.

ГЛАВА 3

# Когнитивная концептуализация

Когнитивная концептуализация задает терапевту рамки для понимания пациента. Чтобы запустить процесс формулировки терапевтического случая, вам нужно задать себе следующие вопросы:

- «Какой у пациента диагноз?»
- «Каковы его актуальные проблемы? Как эти проблемы усугублялись, что их подкрепляло?»
- «Какие дисфункциональные мысли и убеждения связаны с этими проблемами? Какие реакции (эмоциональные, физиологические и поведенческие) связаны с его образом мыслей?»

Затем нужно сформулировать гипотезу о том, как у пациента развилось конкретное психическое расстройство:

- «Как пациент относится к себе, другим, своему личному миру, будущему?»
- «Каковы глубинные убеждения пациента (в том числе отношения, ожидания и правила), как он обычно рассуждает?»
- «Как пациент справляется со своими дисфункциональными когнициями?»
- «Какие стрессоры (провоцирующие факторы) повлияли на возникновение текущих психологических проблем или помешали их решить?»
- «Если это имеет значение, какие детские переживания могли повлиять на текущие проблемы пациента? Какое значение пациент

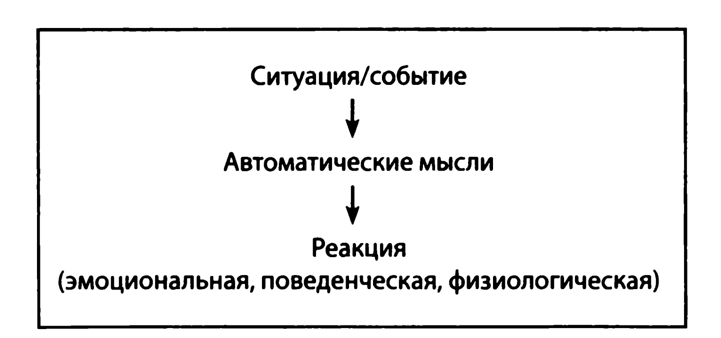
**придает этому опыту, какие убеждения из него вытекают или усилились благодаря ему?»**

- **«Если это имеет значение, какие когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы (адаптивные или дезадаптивные) развились у пациента при попытках совладать с дисфункциональными убеждениями?»**

Вы начнете формулировать когнитивную концептуализацию уже в ходе первой встречи с пациентом и продолжите совершенствовать ее на протяжении всего курса лечения. Такой естественный, эволюционный подход к формулировке помогает планировать эффективную терапию (Kuyken et al., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrier, 2006). В этой главе я опишу когнитивную модель — теоретическую основу когнитивно-поведенческой терапии. Затем мы обсудим взаимоотношение мыслей и убеждений и разберем все это на примере пациентки Салли.

## Когнитивная модель

Когнитивно-поведенческая терапия основывается на *когнитивной модели*, предполагающей, что восприятие человеком происходящего влияет на его эмоции, поведение и физиологию.




Не ситуация определяет, что чувствуют люди, но ее *восприятие* (Beck, 1964; Ellis, 1962). Например, представьте ситуацию: несколько человек читают текст о когнитивно-поведенческой терапии. Они по-разному реагируют на него эмоционально и поведенчески — в зависимости от того, какие мысли возникают у них во время чтения.

Читатель А думает: «Это действительно так. Наконец-то я нашел книгу, которая объяснит, как стать хорошим терапевтом!» Читатель А чувствует радость и продолжает читать.

А вот читатель Б думает: «Это слишком упрощенный подход. Он никогда не сработает». Читатель Б чувствует разочарование и закрывает книгу.

У читателя В возникают следующие мысли: «Эта книга не оправдала моих ожиданий. Зря потратил деньги». Читатель В испытывает отвращение, книга совсем не нравится ему.

Читатель Г думает: «Нужно хорошенько это изучить. Вдруг я чего-то не пойму? Вдруг мне не удастся в этом преуспеть?» Читатель Д ощущает тревогу и продолжает снова и снова перечитывать одну и ту же страницу.

Читатель Д тоже рассуждает по-своему: «Это слишком сложно. Я такой тупой. Мне никогда этого не освоить. Из меня никогда не получится хорошего терапевта». Читатель Д грустит и включает телевизор.

Эмоциональное состояние и поведение людей связано с тем, как они интерпретируют происходящее. *Сама ситуация не определяет напрямую наши чувства и поступки*; эмоциональные реакции опосредованы восприятием ситуации. Когнитивно-поведенческих терапевтов особенно интересует относительно незаметный поток мышления, который существует одновременно с более очевидным, поверхностным.

Например, при чтении этого текста вы, возможно, обращали внимание, что мысленный процесс идет на двух уровнях. Часть вашего разума сосредоточена на излагаемом материале, вы стараетесь понять и систематизировать его. Однако на другом уровне возникают быстрые оценочные суждения. Их принято называть *автоматическими мыслями*, они не возникают намеренно или вследствие рассуждений. Эти мысли появляются скорее спонтанно, они обычно быстротечные и отрывочные. Вы можете практически их не осознавать; даже вероятнее, что вы осознаете только эмоцию или поведение, которые они спровоцируют. Даже если автоматические мысли попадают на уровень сознания, вы вряд ли относитесь к ним критически — иными словами, вы им доверяете. И даже не задумываетесь о том, что их можно поставить под сомнение. Тем не менее можно научиться выявлять свои автоматические мысли, в первую очередь обращая внимание на аффективные, поведенческие и/или физиологические изменения. Спросите себя: «О чем я только что подумал(а)?», если:

- **у вас ухудшилось настроение;**
- **вы почувствовали потребность в дисфункциональном поведении (или избегании адаптивного поведения);**
- **вы обратили внимание на неприятные изменения в теле или мыслях.**

Выявив автоматические мысли, вы сможете (а скорее всего, в какой-то степени уже это делаете) оценить их валидность. Например, если вам предстоит выполнить много дел, может возникнуть автоматическая мысль: «Я никогда не закончу». Но вы тут же можете автоматически свериться с реальностью, вспомнить подобные ситуации из прошлого и напомнить себе: «Все в порядке. Ты знаёшь, что всегда справлялся с тем, что нужно было сделать». Когда вы поймете, что ошибочно интерпретируете ситуацию, и подкорректируете восприятие, скорее всего, настроение ваше улучшится, вы станете вести себя более функционально и/или снизится физиологическое возбуждение. Используя когнитивную терминологию, можно сказать: когда дисфункциональные мысли подвергаются объективной рефлексии, эмоции, поведение и физиологические реакции человека постепенно изменяются. В главе 11 описаны конкретные рекомендации по оценке автоматических мыслей.

Но почему такие автоматические мысли появляются? Почему разные люди по-разному воспринимают одни и те же ситуации? Почему один и тот же человек по-разному интерпретирует одно и то же событие в разные моменты времени? Ответ связан с другим когнитивным феноменом: убеждениями.

## Убеждения

Представления о себе, других людях и мире формируются у людей с детства. Самые важные *глубинные убеждения* — это определенные интерпретации, которые так фундаментальны и глубоки, что люди не могут их четко сформулировать даже для себя. Человек относится к этим идеям как к истине в последней инстанции — они описывают, как все есть «на самом деле» (Beck, 1987). Например, читатель Д, который считал себя слишком глупым и неспособным усвоить этот текст, часто испытывает подобные переживания, когда вынужден приступить к новой задаче (например, освоить новую компьютерную программу, разобраться с инструкцией по сборке книжного шкафа или оформить заявку на кредит). Судя по всему,

его глубинное убеждение — «Я ни на что не способен». Возможно, это убеждение активизируется только в ситуациях, когда он подавлен, а может, оно присутствует большую часть времени. Когда оно активизируется, читатель Д интерпретирует происходящее через призму этого убеждения, даже если такую интерпретацию нельзя назвать логически разумной.

Читатель Д избирательно фокусируется на информации, которая соответствует его глубинным убеждениям, и не обращает внимания на ту, которая им противоречит. Так, читатель Д не подумал, что другие умные и компетентные люди вполне могут не полностью понять материал с первого раза. Он также не подумал, что автор мог плохо подать материал. Он не подумал, что трудности с пониманием могли быть связаны с недостаточной внимательностью, а не с низкими умственными способностями. Он забыл, что в начале работы с новой информацией у него часто возникали трудности, но затем он обычно успешно осваивал материал. Из-за того что активировалось его убеждение о собственной несостоятельности, он автоматически интерпретировал ситуацию в негативном свете и пустился в самокритику. Это поддержало его убеждение, хотя не соответствовало реальности и помешало ему действовать эффективно. Важно заметить, что он не пытается специально перерабатывать информацию таким образом — это происходит автоматически.

На рис. 3.1 изображен такой искаженный процесс обработки информации. Разорванный круг с прямоугольным «входом» символизирует схему поведения читателя Д. Согласно Пиаже, схема — это психическая структура, которая организует информацию. В схему читателя Д включено глубинное убеждение «Я ни на что не способен». Когда читатель Д видит негативную информацию, эта схема активизируется, и информация, в которой содержатся негативные смыслы, тут же начинает рассматриваться как подтверждение глубинного убеждения и тем самым его только усиливает.

Однако когда читатель Д сталкивается с позитивной информацией (например, когда он успешно проанализировал, какие медстраховки для членов его семьи будут самыми выгодными), запускается другой процесс. Позитивные данные изображены в виде треугольников — они не соответствуют схеме. Его разум автоматически дискредитирует такую информацию («Я выбрал страховку, *но* это заняло много времени»). Когда начальник похвалил его, он тут же подумал: «Он неправ. Я не так хорошо справился с проектом. Я не заслужил его похвалы». Такие интерпретации, по сути, меняют форму информации, превращая позитивные «треугольники» в негативные «прямоугольники». Видоизмененная информация вписывается в схему и в результате укрепляет глубинное негативное убеждение.

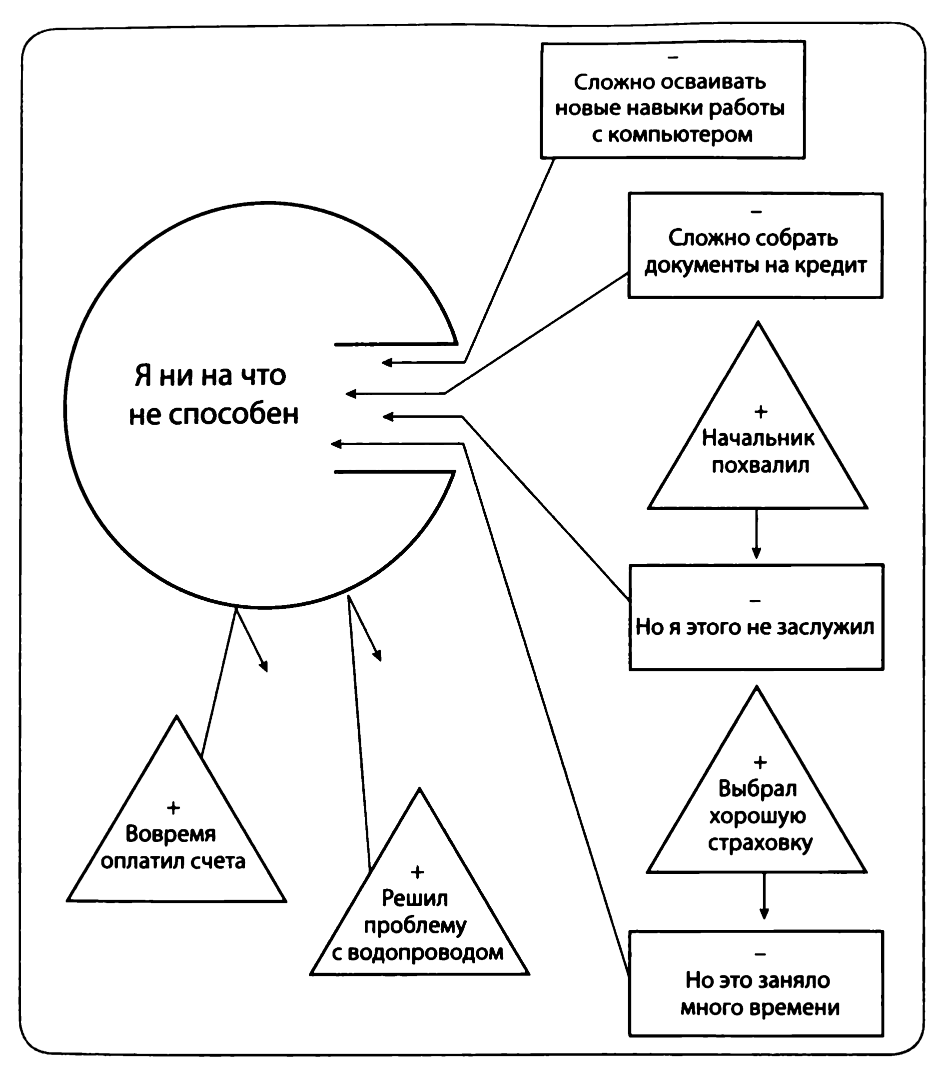



**Рис. 3.1. Модель обработки информации. На этой схеме видно, что негативная информация обрабатывается сразу же и тем самым подкрепляет глубинное убеждение, тогда как позитивная информация дискредитируется (превращается в негативную) или не замечается**

Кроме того, читатель Д замечает далеко не все позитивные факты. Он не отрицает доказательства собственной состоятельности: например, что он исправно платит по счетам и вовремя решает проблемы с водопроводом. Скорее, он вообще не обрабатывает такие положительные данные, и они просто «отскакивают» от схемы. В результате со временем глубинное убеждение читателя Д в собственном бессилии только укрепляется.

У Салли было такое же глубинное убеждение. К счастью, когда она не была в подавленном настроении, у нее активировалась другая схема (в основе которой лежало глубинное убеждение «Я довольно способная»), однако так происходило не всегда. Во время депрессии преобладала схема, основанная на убеждении об отсутствии способностей. Важной частью терапевтического процесса стала помощь Салли в обретении умения смотреть на негативную информацию реалистичнее, более адаптивно. Кроме того, важно было помочь ей научиться распознавать и обрабатывать позитивную информацию напрямую.

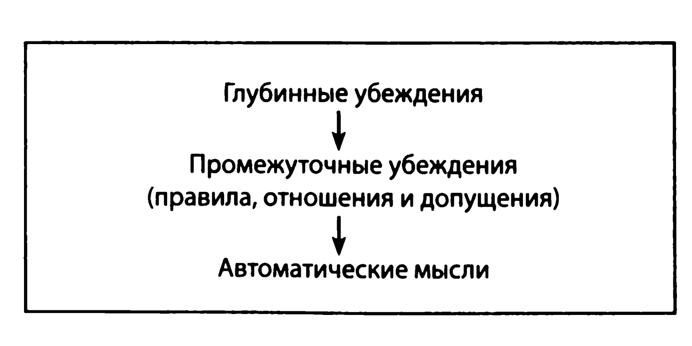
*Глубинные убеждения* — самая фундаментальная форма убеждений; они глобальны, ригидны и чрезмерно обобщены. *Автоматические мысли*, непосредственно слова и образы, приходящие человеку на ум, всегда связаны с ситуацией; их можно считать наиболее поверхностными когнициями. В следующем разделе будет описан класс расположенных между ними *промежуточных убеждений*.

## Отношения, правила и допущения

Глубинные убеждения влияют на развитие промежуточного класса когниций, который состоит из (часто четко не формулируемых) отношений, правил и допущений. Например, у читателя Д были следующие промежуточные убеждения:

- *Отношение*: «Совершать ошибки ужасно».
- *Правило*: «Сдавайся, если проблема кажется слишком сложной».
- *Допущение*: «Если я попробую сделать что-то сложное, то совершу ошибку. Если я буду избегать сложных задач, все будет в порядке».

Эти убеждения влияют на его восприятие ситуации, которое, в свою очередь, определяет его мысли, чувства и поведение. Взаимосвязи между этими промежуточными убеждениями, глубинными убеждениями и автоматическими мыслями можно изобразить следующим образом:



Как возникают глубинные и промежуточные убеждения? Уже на самых ранних стадиях развития люди пытаются понять окружающий мир. Им нужно организовать полученный опыт таким образом, чтобы вести себя адаптивно (Rosen, 1988). Из разнообразных опытов взаимодействия с миром и другими людьми (на них, в свою очередь, влияет генетическая предрасположенность) делаются определенные выводы, на основе которых и формируются убеждения, нередко весьма отличающиеся по критериям точности и функциональности. Когнитивно-поведенческому терапевту особенно важно помнить, что такие дисфункциональные убеждения могут устраняться в процессе обучения, уступая место более реалистичным и функциональным, а затем развивать и укреплять под воздействием терапии можно уже эти новые убеждения.

Самый быстрый способ улучшить состояние пациента и увеличить адаптивность его поведения — способствовать прямой модификации глубинных убеждений как можно раньше. Ведь после того как эти убеждения изменятся, пациенты научатся интерпретировать ситуации и проблемы более конструктивно. Короткую модификацию можно проводить на самых ранних этапах лечения с пациентами, страдающими депрессией, или пациентами, у которых до возникновения расстройства были разумные и адаптивные убеждения о себе. Однако если убеждения пациента укоренились глубоко, вы можете потерять его доверие и поставить терапевтический союз под угрозу, если слишком рано начнете оспаривать их достоверность.

Таким образом, обычно курс когнитивно-поведенческой терапии начинается с выявления и коррекции автоматических мыслей, которые возникают из глубинных убеждений (работа над убеждениями также может вестись, но косвенная, не прямая). Терапевты обучают пациентов выделять подобные когниции, которые находятся ближе всего к сознательному уровню восприятия, и дистанцироваться от них, понимая:

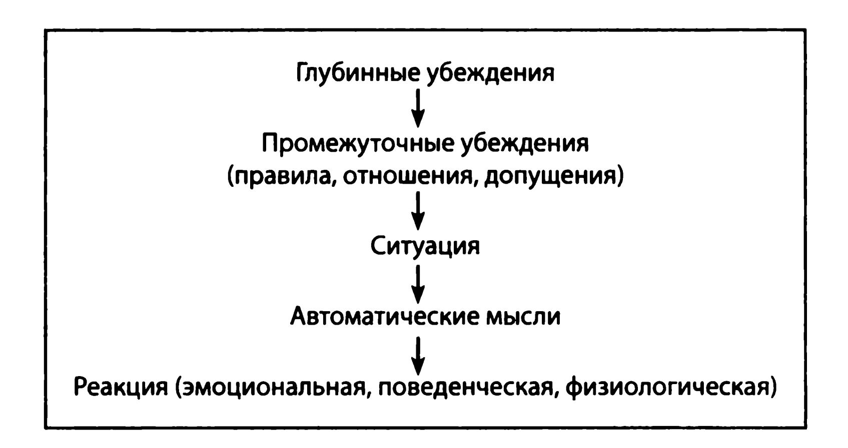
- если они во что-то верят, это вовсе не обязательно является правдой;
- смена образа мыслей на более реалистичный и практичный позволит им почувствовать себя лучше и продвинуться в достижении своих целей.

Пациентам проще осознать искажение конкретных мыслей, чем общего представления о себе, мире и других. Однако многократный опыт переживания ситуаций, в которых пациенты испытают облегчение, пусть даже при работе на поверхностном уровне мышления, поможет им подготовиться к переоценке убеждений, которые лежат в основе их дисфункционального мышления. Важные промежуточные убеждения и глубинные убеждения оцениваются разными способами и модифицируются таким образом, чтобы

восприятие пациентом событий и выводы о них могли меняться в лучшую сторону. Модификация глубинных убеждений снижает вероятность рецидива (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis, & Seligman, 1992).

## Соотношение поведения и автоматических мыслей

В соответствии с тем, что мы уже успели разобрать, иерархию когниций можно изобразить следующим образом:




В конкретной ситуации глубинные убеждения человека влияют на особенности восприятия, что выражается в специфичных для ситуации автоматических мыслях. Эти мысли, в свою очередь, влияют на эмоциональные, поведенческие и физиологические реакции. На рис. 3.2 изображена когнитивная концептуализация конкретной ситуации с читателем Д — она иллюстрирует, как убеждения влияют на его мысли, которые, в свою очередь, влияют на реакцию.

Обратите внимание, что если бы читатель Д смог *оценить* свои мысли, это могло бы положительно повлиять на его эмоции, физиологию и поведение. Например, он мог бы так отреагировать на свои мысли: «Минуточку. Возможно, это будет нелегко — но, скорее всего, возможно. Раньше мне уже доводилось читать подобные книги, и в конце концов всегда удавалось во всем разобраться. Если я продолжу читать, я, скорее всего, лучше все пойму». Если бы он отреагировал подобным образом, возможно, он не был бы подавлен и продолжил чтение.

**Глубинное убеждение:** *«Я ни на что не годен»*

↓

**Промежуточные убеждения**

**Отношение:** *«Ошибаться — ужасно»*

**Правило:** *«Нельзя продолжать, если задача кажется слишком сложной»*

**Допущения:** *«Если я попробую взяться за сложную задачу, у меня ничего не выйдет. Если я буду избегать сложных задач, все будет в порядке»*

↓

**Ситуация:** *нужно прочесть новый текст*

↓

**Автоматические мысли:** *«Это слишком сложно. Я такой тупой. Мне с этим никогда не справиться. Я никогда не стану терапевтом»*

↓

**Реакции:**

**Эмоциональная:** *подавленность*

**Физиологическая:** *тяжесть в теле*

**Поведенческая:** *избегание задач, просмотр телевизора*

**Рис. 3.2.** Когнитивная концептуализация читателя Д

Резюмируя, можно сказать: этот читатель почувствовал нежелание продолжать, потому что определенным образом думал о конкретной ситуации. Почему у него возникли подобные мысли, а у других читателей — нет? Потому что на его восприятие ситуации повлияло глубинное убеждение в отсутствии у себя способностей.

## Более сложная когнитивная модель

Важно отметить, что иногда выделение такой последовательности влияния восприятия ситуации на мысли и реакции слишком упрощает реальное положение дел. Мысли, настроение, поведение, физиология и среда постоянно влияют друг на друга. Ситуациями-триггерами можно считать:

- отдельные события (например, низкую оценку за тест);
- поток мыслей (например, размышления о выполнении домашних заданий или интрузивные мысли);

- воспоминания (например, о том, как в прошлом была получена низкая оценка);
- образ (например, лицо профессора, выражающее неодобрение);
- эмоцию (например, внезапное осознание того, насколько плохое настроение);
- поведение (например, решение остаться в кровати);
- физиологический и психический опыт (например, быстрое сердцебиение или замедленное мышление).

Последовательность событий может быть сложной, ситуаций-триггеров может быть несколько, равно как и автоматических мыслей и реакций. Это схематически изображено на рис. 3.3.

Как мы уже объясняли в начале этой главы, терапевту крайне важно научиться концептуализировать трудности пациента в рамках когнитивного подхода, чтобы понимать, каким образом продолжать терапию: когда работать над определенной проблемой или целью, автоматической мыслью, убеждением или поведением; какие техники выбирать; как улучшать терапевтические отношения. Вот какие основные вопросы нужно себе задавать:

- «Почему пациент оказался у меня на приеме?»
- «Какие уязвимые места сыграли особую роль?»
- «Как пациент справлялся с этими уязвимостями?»
- «Были ли какие-то события в его жизни (травма, опыт, взаимодействия), которые предопределили возникновение этих трудностей?»
- «Каковы автоматические мысли пациента и на каких убеждениях они основываются?»

Важно уметь ставить себя на место пациентов, проявлять эмпатию в отношении того, что им приходится переживать, понимать, как они себя чувствуют, — иными словами, видеть мир их глазами. Когда вы разберетесь в истории пациента и выявите набор присущих ему убеждений, его восприятие, мысли, эмоции и поведение обретут ясный смысл.

Ситуация: *Салли чувствует себя уставшей (физиологический триггер), как только проснулась*

↓

Автоматическая мысль: *«Я слишком устала, чтобы вставать. Вылезать из-под одеяла бессмысленно. У меня не хватит сил пойти на занятия или заниматься дома»*

↓

Эмоция: *грусть*

↓

Физиологическая реакция: *тяжесть во всем теле*

↓

Автоматические мысли: *«А вдруг мой [преподаватель по химии] решит сегодня провести тест? А потом не разрешит мне пройти его в другое время? Вдруг это плохо повлияет на мою оценку? [образ плохой оценки в табеле]»*

↓

Эмоция: *тревога*

↓

Физиологическая реакция: *сердце начинает биться чаще*

↓

Ситуация: *замечает частое сердцебиение*

↓

Автоматическая мысль: *«Мое сердце так колотится. Что со мной не так?»*

↓

Эмоция: *усиление тревоги*

↓

Физиологическая реакция: *напряжение в теле, частое сердцебиение*

↓

Автоматическая мысль: *«Сегодня лучше остаться в постели»*

↓

Эмоция: *облегчение*

↓

Физиологическая реакция: *снижается напряжение и частота сердцебиения*

↓

Поведение: *остается в постели*

В конце концов Салли встала, пришла на занятие с опозданием в 20 минут, из-за чего возник целый ряд автоматических мыслей по поводу опоздания и пропуска части лекции.

**Рис. 3.3.** Сложная когнитивная модель

Полезно рассматривать терапию как своеобразное путешествие, а концептуализацию — как карту. Вместе с пациентом вы обсуждаете задачи терапии — цель путешествия. Достичь этой цели можно разными способами: например, двигаясь по шоссе или по проселочным дорогам. Иногда приходится менять первоначальный план и выбирать объездные маршруты. По мере того как вы наберетесь опыта концептуализации, вы научитесь замечать наиболее важные элементы карты и станете работать эффективнее. Однако логично предположить, что в самом начале вы не будете самым успешным и эффективным терапевтом. Точная когнитивная концептуализация поможет вам находить самые ровные дороги и самые удачные способы путешествовать.

Концептуализация формулируется уже при первом взаимодействии с пациентом и совершенствуется при следующих встречах. Вы выдвигаете в отношении пациентов определенные гипотезы, основанные на формулировке случая в рамках когнитивной теории и предоставленной пациентом информации. Вы подтверждаете, опровергаете или изменяете свою гипотезу по мере накопления информации о пациенте. Поэтому концептуализация — явление динамическое. В определенные стратегически важные моменты вы будете напрямую сверять свою гипотезу и формулировку с пациентами. Обычно, если концептуализация верна, пациенты с ней соглашаются, представленная терапевтом картина находит у них отклик.

Например, Салли страдала от постоянной грусти, тревоги и одиночества. Уже на первой встрече я постаралась собрать примеры ее автоматических мыслей. Я спросила Салли, когда обычно она чувствует себя хуже, в каких ситуациях и в какое время дня. Салли ответила, что обычно хуже чувствует себя перед отходом ко сну, когда лежит в кровати и пытается уснуть. Когда оказалось, что и в прошлую ночь произошло то же самое, я задала ключевой вопрос: «О чем вы думали прошлой ночью, когда лежали в кровати и пытались уснуть?» Салли ответила: «Что я никогда не закончу курсовую. Что, скорее всего, вылечу из колледжа. Что мне ничего не удастся добиться в жизни». Кроме того, Салли вспомнила образ, который возник у нее перед глазами, — автоматическую мысль, принявшую визуальную форму. Салли увидела саму себя с тяжелым рюкзаком за спиной: она бесцельно брела по улице, поверженная, отчаявшаяся. В ходе терапии я продолжила совершенствовать исходную концептуализацию. Организовывать мыслительный процесс мне помогла диаграмма когнитивной концептуализации (Cognitive Conceptualization Diagram) (с. 228) и рабочий бланк терапевтического случая Cognitive Case Write-Up (приложение А).

## Глубинные убеждения Салли

В детстве Салли пыталась разобраться в себе, в окружающих, в мире. Она училась: на собственном опыте, через взаимодействие с другими, наблюдая, считывая прямые и скрытые сообщения, которые ей посылали другие. На ее восприятие, безусловно, повлияла наследственность. У Салли был очень успешный старший брат. В детстве она поняла, что не может делать что-либо так же хорошо, как он, и поверила (хотя словами этого никогда не выражала), что она неспособная и посредственная. Она постоянно сравнивала свои достижения с успехами брата и всегда проигрывала. У нее часто возникали мысли вроде: «Я не могу рисовать, как Роберт», «Он лучше катается на велосипеде», «Я никогда не буду таким хорошим декламатором, как он. Он все делает лучше, чем я».

Не у всех младших детей в семье появляются подобные дисфункциональные убеждения. Но мать Салли только подкрепляла эти идеи частой критикой: «Ты очень плохо убрала комнату. Ничего не можешь нормально сделать!», «У твоего брата хорошие оценки. А у тебя?.. Ты так никогда ничего не добьешься». Салли, как и большинство детей, верила словам матери и никогда не ставила их под сомнение. Поэтому, когда та критиковала дочь, намекая или прямо говоря, что девочка недостаточно способная, Салли принимала эту точку зрения.

В школе Салли сравнивала себя со сверстниками. И хотя ее достижения были выше среднего, она сравнивала себя только с лучшими учениками — и, опять же, проигрывала им. У нее возникали мысли вроде «Я хуже, чем они» и «Я никогда не смогу понять этого так же хорошо, как они». Идея о том, что она неспособная и посредственная, снова подкреплялась.

Сама того не осознавая, Салли часто игнорировала или дискредитировала позитивную информацию, которая противоречила этим представлениям. Когда она получала хорошую оценку, то говорила себе: «Просто тест был легкий». Когда она стала заниматься балетом и стала одной из лучших в группе, она думала: «Я никогда не научусь танцевать так же хорошо, как преподаватель». Обычно она интерпретировала происходящее в негативном ключе, подтверждая тем самым свои дисфункциональные убеждения. Например, когда мать кричала на нее за четверку, полученную за тест, Салли думала: «Она права. Я глупая». Она постоянно воспринимала негативные события как иллюстрацию собственных недостатков. Кроме того, когда случалось что-то хорошее (например, она получала награду), она дискредитировала этот опыт: «Мне просто повезло».

Так у Салли развились негативные глубинные представления о себе. Однако они не были железобетонно прочными. Хотя ее отец часто ездил в командировки и редко бывал дома, Салли он всегда поддерживал. Например, когда он учил ее играть в бейсбол, он хвалил ее за достижения:

«Хорошо... хороший размах... у тебя почти получилось... Попробуй еще». Некоторые учителя Салли тоже не скупились на похвалы. Девушка также накопила немало положительного опыта с друзьями. Салли видела: когда она действительно старалась, ей удавалось делать некоторые вещи лучше друзей — например, играть в тот же бейсбол. Поэтому у нее сформировалось уравновешивающее позитивное убеждение, что по крайней мере в некоторых областях она достаточно способна.

Глубинные убеждения Салли в отношении ее мира и других людей по большей части были позитивны и функциональны. Она была убеждена, что другие люди не желают ей зла, считала мир безопасным, стабильным и предсказуемым.

Таким образом, на убеждениях Салли о себе, других и окружающем мире основывалось очень многое, хотя до начала лечения она даже ни разу их не формулировала. В подростковом возрасте преобладали положительные убеждения, но затем у нее развилась депрессия, которая активизировала ее глубинные негативные убеждения.

## Отношения, правила и допущения Салли

Промежуточные убеждения Салли были несколько более податливы к изменениям. Эти отношения, правила и допущения развивались так же, как и глубинные убеждения, — в процессе познания мира, других и себя. Главным образом в результате взаимодействия с членами семьи и другими значимыми людьми у Салли возникли следующие отношения и правила:

- **«Мне нужно справляться на отлично со всем, что я делаю».**
- **«Мне всегда нужно стараться изо всех сил».**
- **«Растрачивать свой потенциал впустую ужасно».**

Как и в случае с глубинными убеждениями, Салли никогда не проговаривала эти промежуточные убеждения. Но тем не менее они влияли на ее мысли и поведение. Например, в старших классах она даже не пыталась принять участие в выпуске школьной газеты (хотя хотела), потому что думала, что не умеет хорошо писать. Перед экзаменами она одновременно ощущала тревогу оттого, что боялась не справиться, и вину от мысли, что нужно было упорнее учиться.

Однако когда преобладали ее позитивные глубинные убеждения, она видела себя в лучшем свете, хотя никогда полностью не верила в свои

способности. Она всегда допускала: «Если я буду упорно работать, я смогу преодолеть свои недостатки и добиться успехов в учебе». Однако когда в ее жизнь пришла депрессия, Салли перестала верить этому допущению и изменила его: «Из-за моих недостатков я никогда ничего не достигну».

## Копинг-стратегии Салли

Представление о собственной неспособности постоянно причиняло Салли боль, и она развила определенные поведенческие стратегии, которые помогали ей справиться с неприятными ощущениями или компенсировать предполагаемые недостатки. Как можно догадаться из разбора ее промежуточных убеждений, в спорте и учебе Салли упорно трудилась, иногда даже слишком старательно выполняла задания и скрупулезно готовилась к тестам. Она научилась замечать, когда что-то недопонимала, и старалась еще сильнее, если в школе что-то ей не удавалось. Она редко просила других о помощи, потому что боялась, что они узнают о ее трудностях.

## Автоматические мысли Салли

Хотя до терапии Салли никогда не проговаривала свои глубинные и промежуточные убеждения вслух, она до какой-то степени осознавала автоматические мысли, возникавшие в конкретных ситуациях. Например, в старших классах (когда у нее еще не было депрессии) она пробовала попасть в команду по софтболу и хоккею. Узнав, что в команду по софтболу она попала, Салли подумала: «Отлично. Потренируюсь с папой». Так что, не попав в команду по хоккею, она расстроилась, но не сильно себя критиковала.

Однако весь первый год после поступления в колледж Салли боролась с депрессией. Поэтому, когда она задумалась о том, не присоединиться ли к игре в софтбол, которую организовывали другие студентки из ее общежития, она подумала: «Я плохо играю. Скорее всего, мне даже не удастся попасть по мячу». Аналогичным образом, получив тройку на экзамене по английской литературе, она подумала: «Я такая глупая. Скорее всего, я завалю экзамены. Я никогда не смогу окончить колледж».

*Резюме.* В не омраченные депрессией школьные годы активировались более позитивные глубинные убеждения Салли, поэтому и мысли у нее были более позитивные (и реалистичные). Однако в первый год обучения в колледже на передний план вышли негативные убеждения, вызванные депрессией, из-за них девушка стала интерпретировать ситуации в негативном свете, и мысли ее стали негативными (нереалистичными). Эти искаженные мысли застав-

ляли ее *вести себя* таким образом, словно все обречено на провал, что, в свою очередь, вызывало автоматические мысли о ее поведении. Она не понимала, что избегание является всего лишь симптомом депрессии, и думала: «Я ненормальная», в итоге еще больше расстраивалась и действовала дезадаптивно.

## Последовательность событий, вызвавшая депрессию Салли

Почему у Салли возникла депрессия? Существует ряд биопсихологических и психосоциальных факторов, вызывающих депрессию. У Салли могла быть генетическая предрасположенность к формированию депрессогенных убеждений. Однако не все негативные события приводили ее в дисфорическое состояние. Она неплохо справлялась до тех пор, пока давление стрессоров не стало слишком сильным для ее внутренней уязвимости, на которую к тому же влияли негативные убеждения (диатез-стрессовая модель; Beck, 1967).

Когда Салли поступила в колледж, она пережила несколько ситуаций, которые интерпретировала в крайне негативном ключе. Одна из них случилась уже на первой неделе обучения. Салли общалась с другими первокурсниками из ее общежития и узнала, что некоторые из них попали на углубленные курсы изучения определенных предметов, потому что очень хорошо сдали экзамены. Салли не попала на углубленный курс ни по одному из предметов и стала думать, что другие студенты значительно ее превосходят интеллектуально. Когда на занятии по экономике профессор описал требования к слушателям курса, Салли тут же подумала: «Я не смогу написать реферат». Ей было сложно понять первую главу в учебнике по химии, и она подумала: «Если я даже первую главу понять не могу, как я вообще освою этот курс?»

Убеждения Салли делали ее более уязвимой к негативной интерпретации событий. Она не сомневалась в этих мыслях, принимала их некритично. Шли недели, и негативных мыслей о себе у Салли возникало все больше; она теряла уверенность в себе и пребывала в подавленном состоянии духа. Она тратила очень много времени на учебу, но особых результатов это не приносило, потому что ей было трудно сосредоточиться. Она продолжала относиться к себе очень критично и постоянно в негативном ключе думала о своих депрессивных симптомах: «Что со мной не так? Я не должна так себя чувствовать. Почему у меня такое плохое настроение? Я просто безнадежна». Она отдалилась от новых друзей и перестала созваниваться со старыми, поэтому ни от кого не получала поддержки. Она забросила занятия бегом, плавание и все другие виды деятельности, от которых раньше получала удовольствие. В ее жизни стало слишком мало позитивных стимулов. В конце концов она потеряла аппетит,

стала плохо спать, часто нервничала и погружалась в состояние апатии. То, как Салли воспринимала обстоятельства и вела себя в них, только усилило ее биологическую и психологическую предрасположенность к депрессии.

Концептуализация пациента в рамках когнитивной теории критически важна для определения наиболее эффективного курса лечения. Кроме того, она помогает развивать эмпатию — крайне важный элемент установления хороших рабочих отношений с пациентом. Следующие вопросы помогут сформулировать концептуализацию:

- «Почему у пациента возникло это расстройство?»
- «Какие важные жизненные события, опыты, взаимодействия повлияли на пациента?»
- «Какие глубинные убеждения сформировались у пациента о себе, мире и других людях?»
- «Какие допущения, ожидания и отношения (промежуточные убеждения) ему свойственны?»
- «Какие стратегии пациент использовал, чтобы справляться с этими негативными убеждениями?»
- «Какие автоматические мысли, образы и поведенческие стратегии способствовали поддержанию расстройства?»
- «Как убеждения пациента влияли на восприятие ситуаций и делали пациента уязвимым для расстройства?»
- «Что происходит в жизни пациента прямо сейчас и как он воспринимает происходящее?»

Как мы уже писали выше, формулировка концептуализации начинается с первой же встречи с пациентом и продолжается все время. Вы основываете свои гипотезы на информации, которую предоставляет пациент, — при этом стараетесь избегать интерпретаций без четкой основы. Вы периодически, в самых важных пунктах, сверяетесь с пациентом, чтобы убедиться, что ваша концептуализация верна, а также чтобы помочь пациенту понять себя и свои трудности. Ваша концептуализация постоянно дополняется по мере того, как вы получаете новую информацию, на основании которой подтверждаете и корректируете свои гипотезы или отказываетесь от них. В этой книге постоянному процессу концептуализации уделяется отдельное внимание; в главе 14 мы подробнее разберем, как события жизни формируют восприятие пациентом себя и мира.

ГЛАВА 4

# Оценочная сессия

В этой главе вы узнаете о целях и структуре первой (оценочной) сессии. Вы поймете, как проводить оценку, ставить предположительный диагноз и обозначать цели терапии, а также формировать ожидания пациента от лечения. Кроме того, вы узнаете, что делать на протяжении первой, оценочной сессии, в том числе как разрабатывать исходную когнитивную концептуализацию.

Чтобы когнитивно-поведенческая терапия принесла ожидаемый эффект, вы должны тщательно оценить пациента, точно сформулировать его проблемы, разработать индивидуальную концептуализацию и план лечения. И хотя схемы лечения разных расстройств могут иметь общие места, в них всегда присутствуют существенные различия, которые зависят от основных когниций и поведенческих стратегий, специфичных для расстройства. Внимание к тому, как именно пациент описывает свои проблемы, актуальное поведение, симптомы и свою историю, поможет вам сформулировать исходную концептуализацию и общий план психотерапии. Даже если ранее пациента уже оценивал другой специалист, вам нужно дополнить его заключения новой информацией. На первой встрече нужно не только поставить диагноз, но и решить ряд сопутствующих задач.

Однако оценка осуществляется не только на первой терапевтической сессии. Вы продолжите собирать информацию для уточнения первоначальной оценки на протяжении всего курса терапии и в соответствии с ней подтверждать, менять или дополнять диагноз и общую концептуализацию. Бывают ситуации, когда поставить правильный диагноз при первой встрече не представляется возможным: например, пациент утаивает некоторую информацию (так могут поступать пациенты с зависимостями или эгосинтонными пищевыми расстройствами) или просто забывает ее упомянуть. Кроме того, вы сами можете по ошибке соотнести определенные симптомы (например, социальную изоляцию) с конкретным расстройством (депрес-

сии), когда присутствует также другое расстройство (социальное тревожное расстройство). Если оценку проводил другой специалист, вам, безусловно, понадобится собрать дополнительную информацию, прежде чем применять когнитивно-поведенческие методы психотерапии.

## Цели оценочной сессии

Цели первой сессии — не только провести правильно диагностику, но и:

- сформулировать описание терапевтического случая и исходной когнитивной концептуализации ситуации пациента;
- определить, подходите ли вы этому пациенту как терапевт;
- определить, можете ли вы предоставить пациенту соответствующую «дозу» терапии (например, вы можете встречаться с ним только раз в неделю, а ему нужны ежедневные сессии);
- определить, требуются ли дополнительные формы лечения или услуги (например, фармакотерапия);
- заключить терапевтический союз с пациентом (и, если нужно, с членами его семьи);
- начать социализировать пациента в структуру и процесс терапии;
- определить важные проблемы и поставить общие цели.

Желательно собрать как можно больше информации еще до первой встречи с пациентом. Попросите пациента прислать или организуйте, чтобы вам прислали важные отчеты от текущих и предыдущих специалистов, работавших с ним (это относится к специалистам в области как психического, так и физического здоровья). Сама оценочная сессия займет меньше времени, если пациенты заранее заполнят нужные опросники. Особенно важно, чтобы пациент недавно прошел диспансеризацию. Иногда проблемы пациентов объясняются органическими, а не психологическими причинами. Например, гипофункция щитовидной железы может проявляться симптомами, похожими на депрессию.

Уже во время первого разговора с пациентом по телефону сообщите ему, что на первую сессию полезно прийти с членом семьи, партнером или близким другом, который может предоставить дополнительную информацию и/или понять, как он может помочь пациенту. Убедитесь, что пациент понимает: эта оценка поможет вам определить, подходит ли ему когнитивно-поведенческая терапия и можете ли вы обеспечить ему требуемое лечение.

## Структура оценочной сессии

На этой сессии вы:

- **познакомитесь с пациентом;**
- **совместно решите, нужно ли членам семьи посещать сессии, и если нужно, то сколько;**
- **сформулируете план работ, чтобы у пациента появились реалистичные ожидания по отношению к терапии;**
- **проведете оценку;**
- **сформулируете исходные цели терапии;**
- **получите обратную связь от пациента.**

## Как начать оценочную сессию

Прежде чем пациент войдет в ваш кабинет, ознакомьтесь с предоставленной пациентом информацией и результатами заполненных опросников. Сначала желательно встретиться с пациентом наедине. Затем вы можете обсудить, нужно ли, чтобы член семьи (если он пришел вместе с пациентом) также поприсутствовал на этой сессии. Часто полезно приглашать этого человека в кабинет ближе к концу сессии, когда вы уже составите первое впечатление, в том числе предположительный диагноз, и обсудите цели терапии. Вы можете поинтересоваться мнением члена семьи о проблемах пациента и, если это уместно, договориться о том, когда член семьи сможет снова посетить сессию, чтобы понять, как он может помочь пациенту.

Затем объясните пациенту, чего ему ожидать от этой первой встречи.

Т. Салли, как я уже говорила по телефону, это наша первая, ознакомительная сессия. Это еще не начало психотерапии, поэтому над решением ваших проблем сегодня мы работать не будем. Этим мы займемся в следующий раз. А сегодня мне нужно задать вам много вопросов (*дает объяснение*), чтобы я могла определиться с диагнозом. Некоторые вопросы окажутся важными. Некоторые — нет, но я все равно задам их, чтобы понять, что вас беспокоит, а что для вас не актуально. Вы согласны?

П. Да.

Т. Сегодня мне иногда нужно будет вас перебивать, чтобы уточнять нужную информацию. Если вам будет неприятно, скажите об этом, пожалуйста.

П. Хорошо.

Т. Прежде чем мы начнем, я хочу сказать, что планирую сделать за сегодня. (*Формулирует повестку дня.*) Я хочу узнать как можно больше о ваших переживаниях и о вашей жизни в последнее время, а также кое-что из того, что происходило с вами в прошлом. Затем я попрошу рассказать вам все, что, на ваш взгляд, мне следует знать. Затем мы определим общие цели лечения. Я расскажу, какое первое впечатление о вашей ситуации сложилось у меня и на чем, на мой взгляд, следует сосредоточиться в процессе терапии. Я спрошу, что вы об этом думаете. Затем мы выясним, остались ли у вас какие-то вопросы. (*Побуждает к сотрудничеству.*) Вы согласны?

П. Да.

Т. Может быть, вы хотели бы сегодня затронуть еще какие-нибудь вопросы?

П. Я надеялась, что вы поможете мне понять, что делать с учебой. Я очень отстала.

Т. (*Записывает.*) Сейчас запишу. Не уверена, что нам хватит времени обсудить этот вопрос уже сегодня, но мы, конечно же, сможем вернуться к нему в следующий раз, на нашей первой терапевтической сессии.

## Фаза оценки

Чтобы сформулировать четкий план лечения (от сессии к сессии), планировать конкретные сессии, развивать терапевтические отношения, помогать пациенту формулировать цели и в целом успешно организовывать терапевтический процесс, вам нужно будет составить как можно более подробное представление о различных аспектах настоящего и прошлого опыта пациента. Иными словами, вам нужно узнать:

- демографические данные пациента;
- основные жалобы и текущие проблемы;
- историю существующего заболевания и предшествовавших ему событий;
- копинг-стратегии (адаптивные и неадаптивные), актуальные и прошлые;
- психиатрическую историю, в том числе психосоциальное лечение (и мнение пациента о его эффективности), госпитализации, медикаментозное лечение, попытки самоубийства и текущий статус;

- историю употребления психоактивных веществ и текущий статус;
- медицинскую историю и текущий статус;
- семейную психиатрическую историю и текущий статус;
- историю развития пациента;
- общую семейную историю и текущий статус;
- историю образования и текущий статус;
- профессиональную историю и текущий статус.

В рамках этой книги невозможно дать подробное описание процессов и инструментов оценки, однако многочисленные дополнительные источники помогут разобраться в этом вопросе (Antony & Barlow, 2010; Dobson & Dobson, 2009; Kuyken & colleagues, 2009; Lazarus & Lazarus, 1991; Ledley, Marx, & Heimberg, 2005). Крайне важно определить риск суицидального поведения пациента. Вензел, Браун и Бек (Wenzel, Brown, & Beck, 2008) описали процедуру оценки и создали практическое руководство по ведению склонных к самоубийству пациентов.

Другая важная часть процесса оценки — сбор информации о том, на что пациент тратит свое время. Когда вы просите пациента описать типичный день, вы получаете возможность подробнее представить его повседневные переживания и поставить конкретные цели первой терапевтической сессии. В описании типичного дня особое внимание обращайте на:

- изменения настроения;
- то, взаимодействует ли пациент с членами семьи, друзьями и коллегами, и если да, то как именно;
- как он обычно ведет себя дома, на работе и в других местах;
- как он проводит свободное время.

Кроме того, вам нужно собрать сведения о том, чего пациент *не* делает и чего активно избегает.

Т. Салли, я хочу понять, как проходит ваш день. Расскажите, пожалуйста, что вы делаете — с момента пробуждения утром и до отхода ко сну вечером.

П. Хорошо.

Т. Во сколько вы просыпаетесь?
П. (*Вздыхает.*) Ну, обычно около пяти утра.
Т. И что делаете затем?
П. Обычно верчусь в кровати по крайней мере пару часов.
Т. А во сколько встаете?
П. По-разному. Обычно я валяюсь до последнего. Три дня в неделю занятия у меня начинаются в 9, тогда я встаю в 8:30 или 8:40, что-то около того.
Т. А в остальные дни?
П. Мне не нужно вставать так рано. Тогда я остаюсь в постели, пока не проголодаюсь.
Т. И завтракаете вы в ..?
П. Иногда в десять. Иногда где-то в полдень.
Т. А в прошлом семестре было так же?
П. Нет, тогда я вставала не позже девяти.
Т. Хорошо. А что вы делаете после завтрака?
П. Обычно я остаюсь в своей комнате. Смотрю телевизор. Могу почитать что-то по учебе. Но обычно у меня не получается сосредоточиться, и я бросаю. Иногда я снова засыпаю.
Т. А чем еще вы занимаетесь во второй половине дня?
П. Обычно с часу до четырех у меня занятия.
Т. Вы ходите на них? Или иногда пропускаете?
П. Нет, хожу. Но на занятиях сидеть трудно. Иногда я просто отключаюсь.
Т. А что вы делаете после занятий?
П. Возвращаюсь к себе в комнату.
Т. А потом?
П. По-разному.
Т. Приведите пример.
П. Обычно я пробую что-нибудь подучить. Но иногда я просто сижу в интернете, сплю или смотрю телевизор.
Т. А как вы ужинаете?
П. Иду в столовую с кем-нибудь из знакомых.
Т. А после этого?
П. По-разному. Обычно возвращаюсь в комнату. Пытаюсь заниматься. Иногда получается, иногда нет. Я пытаюсь какое-то время, но в основном просто смотрю телевизор.
Т. А потом?
П. Я ложусь спать где-то в 11:00 или 11:30.
Т. Вы сразу засыпаете?
П. Обычно нет. Где-то час на это уходит.

Т. И спите вы до пяти?
П. Да.

В этом описании я постаралась выделить моменты, на которые вам нужно будет обращать внимание в своей работе: трудности со сном, дневной сон, несоблюдение режима дня, социальная изоляция, недостаточное количество возможностей продемонстрировать навыки (и удовлетворение от достигнутого), проблемы с концентрацией и выполнением домашних заданий, чрезмерное количество времени на просмотр телевизора. Как и многие пациенты с депрессией, Салли сосредоточивалась на своих проблемах, поэтому я также спрашивала ее о положительных переживаниях и адаптивных копинг-стратегиях («Салли, какая часть дня вам больше всего нравится?»; «Похоже, что вы сильно устаете. Как вы заставляете себя не пропускать занятия?»).

Когда я собираю информацию таким образом, я начинаю выстраивать исходный план лечения. Кроме того, я использую полученные в ходе первой сессии данные для формулировки целей лечения и составления графика активностей. Я также попрошу Салли описать, что она обычно делает по выходным, когда нет занятий.

На стадии оценки вам нужно отслеживать любые признаки неуверенности пациента в том, действительно ли ему поможет лечение. Например, когда Салли описывает текущие симптомы, в ее словах слышатся нотки безнадежности. Я использую ее автоматическую мысль, чтобы аккуратно подвести пациентку к пониманию когнитивной модели, обозначить, как в будущем она станет целью терапевтического воздействия, а также чтобы убедиться, что наш терапевтический союз от этого не страдает.

П. Мне кажется, у меня столько проблем... Сомневаюсь, что мне можно помочь.
Т. Значит, вы сомневаетесь, что вам можно помочь. И что вы по этому поводу чувствуете? Вам грустно? Все кажется безнадежным?
П. И то и то.
Т. Именно о *таких* депрессивных мыслях мы и будем с вами говорить, начиная со следующей недели. Нам нужно будет разобраться, можно ли считать эту мысль на сто процентов правдивой, на ноль процентов правдивой или какой-нибудь еще. Пока скажите, пожалуйста: что-то из моих сегодняшних слов или действий заставило вас сомневаться, что подобное лечение вам поможет?

Важно структурировать слова пациента, чтобы собирать нужную информацию. Вы можете сразу задавать нужное направление:

Т. Сейчас я задам несколько вопросов, на которые хочу получить короткий ответ («да», «нет» или «не уверен») или (ответ из нескольких предложений).

Когда пациент углубляется в ненужные детали или, наоборот, отвечает поверхностно, нужно мягко его прерывать:

Т. Извините, что перебиваю, но мне нужно знать...

## Завершение оценки

Ближе к концу оценочной сессии полезно спросить пациента, осталось ли еще что-то важное, что вам нужно знать. Спросите пациента: «Есть ли еще какая-то информация, по поводу которой вы сомневаетесь: сообщать мне ее или нет? Можете не говорить, что именно. Мне просто нужно знать, хотите ли вы сказать что-то еще; возможно, не прямо сейчас, но в будущем».

## Привлечение члена семьи

Если на первую встречу с вами пациент пришел с членом семьи, вы можете спросить, следует ли пригласить его присоединиться к обсуждению (если он не сделал этого с самого начала). Обязательно уточните, какие вопросы пациент предпочел бы не поднимать в присутствии члена семьи. Получите согласие пациента на то, чтобы:

- узнать у члена семьи, что, на его взгляд, вам важнее всего знать; фокусируется ли ваш пациент только на негативе, какие у него есть хорошие качества, сильные стороны и копинг-стратегии;
- обсудить ваши первые впечатления;
- обсудить исходный план лечения.

## О ваших впечатлениях

Объясняйте пациентам, что вам потребуется определенное время, чтобы изучить записи, результаты опросников и информацию о предыдущих этапах лечения, прежде чем вы точно сформулируете диагноз. Пациентам с тревожными и депрессивными расстройствами следует описать ваши предварительные впечатления и объяснить, почему вы склоняетесь именно к такому диагнозу по DSM, диагностическому и статистическому руковод-

ству по психическим расстройствам. Возможно, на первой встрече не стоит объявлять диагноз пациентам с серьезными психическими заболеваниями или расстройствами личности. Лучше просто обобщите трудности и симптомы, с которыми потенциально может столкнуться пациент.

## Постановка первоначальных целей лечения и разъяснение плана лечения

Определение цели и разъяснение плана лечения обнадеживает пациента.

Т. Если вы не против, я бы хотела коротко рассказать о целях лечения, а также о том, как, на мой взгляд, будет проходить лечение.

П. Хорошо.

Т. (*Записывает в шапке чистого листа бумаги слово «Цели».*) На самом деле, цели — это просто обратная сторона проблем. На следующей сессии мы поставим более конкретные цели, а сейчас сформулируем обобщенно, скажем: уменьшить депрессию? снизить тревогу? улучшить результаты учебы? вернуться в общество?

П. Согласна.

Т. (*Записывает сказанное.*) Я расскажу, что мы будем делать для улучшения вашего самочувствия, и в ответ хочу услышать, что вы думаете про мой план.

П. Хорошо.

Т. Начиная со следующей недели мы начнем работать над достижением ваших целей. На каждой терапевтической сессии я буду спрашивать, какие проблемы вы хотите разрешить с моей помощью. Например, на следующей неделе вы можете сказать: «Мне все еще сложно делать домашние задания» — эта проблема относится к вашей цели улучшения результатов учебы. Мы займемся решением этой проблемы. Найдем способы, с помощью которых вы сможете лучше сосредоточиваться, составите себе учебное расписание и попросите помощи у людей, если понадобится (*пауза*). Вас это устраивает?

П. Да.

Т. Кроме того, мы будем отслеживать депрессивные мысли, которые могут вам помешать. Например, чуть раньше сегодня вы говорили: «Я такая неудачница», а потом признались, что после подобных мыслей у вас резко портится настроение. Вы же понимаете, как эта мысль подрывает вашу мотивацию к учебе? Что из-за нее ухудшается ваше самочувствие? И что именно из-за нее вы предпочитаете свернуться калачиком в кровати, а не идти в библиотеку?

П. Да, так все и происходит.

Т. Именно поэтому мы выделим отдельное время на оценку подобных мыслей. Какие факты доказывают, что вы действительно неудачница? А может, есть доказательства обратного? Можно ли посмотреть на сложившуюся ситуацию под другим углом: например, что вы в депрессии и вам нужно помочь решить некоторые проблемы, но это вовсе не означает, что вы неудачница?

П. Хмм...

Т. Мы будем работать над тем, чтобы сменить ваши депрессивные и тревожные мысли на более реалистичные, находить решения проблем, которые вы сможете опробовать в течение недели между сессиями. А навыки, которые вы в итоге усвоите, можно будет использовать всю жизнь, так что вы продолжите решать проблемы по мере возникновения, научитесь реалистично рассуждать и действовать таким образом, чтобы достигать своих целей. (*Запрашивает обратную связь.*) Что вы думаете об этом?

П. Звучит неплохо.

Т. Салли, я хочу, чтобы вы убедились, что так все люди и выздоравливают: добиваясь небольших изменений мышления и поведения каждый день. (*Запрашивает обратную связь.*) А теперь скажите: было ли в моих словах что-то, что вам не понравилось?

П. (*Озвучивает еще одну автоматическую мысль.*) Я просто не уверена, что это сработает.

Т. Что ж, у меня нет магического шара для гаданий, и стопроцентную гарантию я вам дать не могу. Но в том, что вы мне рассказали, не было ничего, что заставило бы меня сомневаться в успехе терапии (*пауза*). Вы сами хотите попробовать? Хотите вернуться на следующей неделе?

П. Да, хочу.

**В.** Что, если... пациент скептически относится к плану лечения?

**О.** Во-первых, положительно подкрепите тот факт, что он выразил свои сомнения и опасения («Я рад, что вы мне об этом сказали»). Затем вам нужно будет собрать больше данных. Спросите: «Почему вам кажется, что лечение не поможет?» и «Что, на ваш взгляд, помогло бы лучше?» Основываясь на ответах пациента, вы можете концептуализировать проблему с когнитивной точки зрения и спланировать стратегию. Например, если пациенты считают, что лечение не поможет, потому что прежние виды терапии были для них неэффективны, вы можете спросить, сформировался ли у них с предыдущими специалистами хороший терапевтический союз, а также делал ли терапевт на каждой сессии следующее:

- определял повестку дня;
- формулировал, что пациентам стоит сделать, чтобы следующая неделя прошла лучше;
- записывал то, что, на его взгляд, пациентам стоило бы повторять себе, когда они поймают себя на негативных мыслях;
- учил оценивать мысли и менять поведение;
- получал обратную связь, чтобы убедиться, что терапия идет в нужном направлении.

Большинство пациентов, которые обратятся к вам, ответят, что подобного опыта не имели, на что вы можете сказать: «Рад слышать, потому что, судя по всему, мой подход будет отличаться от того, который вы уже попробовали. Если бы раньше вы уже пробовали то же самое, что я предлагаю вам сейчас, и все равно не получили желаемого, я не был бы так уверен в успехе нашей совместной работы».

**В.** А что, если... пациенты скажут, что на каждой сессии их предыдущий терапевт тоже все это делал?

**О.** В таком случае нужно подробнее разобрать обстоятельства предыдущей терапии, например, была ли она индивидуально адаптирована для пациента и его расстройства, основывалась ли на последних исследованиях и практических руководствах. В любом случае вы можете предложить пациенту посетить несколько сессий и заметить, что вы будете отслеживать, насколько эффективно лечение.

## Ожидания от лечения

На этой сессии вы сориентируете пациента в том, сколько примерно будет продолжаться лечение. Обычно пациентам с большим депрессивным расстройством требуется от двух до четырех месяцев терапии, хотя некоторые могут закончить лечение раньше (или же им придется это сделать в связи с финансовыми ограничениями или требованиями страховщика). Другим пациентам, в частности тем, кто страдает хроническим психическим расстройством, или тем, кто хочет работать над проблемами, связанными с расстройствами личности, может потребоваться лечение на протяжении года или дольше. Пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями, скорее всего, будут нуждаться в более интенсивной терапии в периоды, когда симптоматика обостряется; кроме того, им нужно будет периодически посещать

поддерживающие сессии (а также принимать лекарства) на протяжении длительного периода.

Большинству пациентов подходит формат еженедельных встреч. Чаще встречаться нужно с пациентами, страдающими тяжелой депрессией и тревогой, склонными к суициду и в целом нуждающимися в дополнительной поддержке. По мере продвижения к концу лечения вы можете постепенно увеличивать промежуток между сессиями, чтобы у пациентов было больше возможностей решать проблемы, принимать решения и самостоятельно применять освоенные на терапии инструменты.

Ниже представлена стенограмма беседы, в которой я рассказываю Салли о том, как, по моему мнению, будет продолжаться наша терапия.

Т. Если вы не против, Салли, мы будем встречаться раз в неделю до тех пор, пока вы не почувствуете себя значительно лучше. Затем мы увеличим промежуток между сессиями до двух, а может, даже до трех-четырех недель. Мы определим это вместе. Затем, когда мы примем решение о завершении терапии, я рекомендую на протяжении какого-то времени возвращаться на поддерживающие сессии раз в несколько месяцев. Что вы думаете по этому поводу?

П. Я не против.

Т. Сложно заранее предсказать, сколько именно времени потребуется на терапию. Скорее всего, она займет от 8 до 14 сессий. Если окажется, что у вас есть более сложные проблемы, которые вы также захотите проработать, нам может потребоваться больше времени. Еще раз хочу повторить, что мы *вместе* решим, как лучше поступить. Хорошо?

## Между оценочной и первой терапевтической сессией

Перед началом первой терапевтической сессии вам нужно написать отчет об оценочной сессии и составить план лечения. Вы можете связаться со специалистами по психическому и физическому здоровью, которые работали с пациентом ранее (если получили на это его согласие), и попросить у них отчеты о проделанной работе, задать вопросы и собрать дополнительную информацию. Вы также можете связаться со специалистами, которые работают с пациентом на данный момент, обсудить свои выводы и скоординировать действия. В ходе подобных телефонных разговоров может выявиться важная информация, которая не попала в письменные отчеты. Кроме того, вам нужно начать формулировать предварительную когнитивную концептуализацию.

## Разработка исходной когнитивной концептуализации и плана лечения

Информацию, полученную в ходе оценки, вы используете для создания исходной когнитивной концептуализации, которая будет основываться на когнитивной формулировке (глубинных убеждениях и поведенческих схемах), связанной с диагнозом пациента. Вы также сформулируете гипотезу о том, как развивалось расстройство пациента.

- **«Какие важные события на ранних этапах развития привели к формированию негативных глубинных убеждений?»**
- **«Каковы глубинные убеждения этого пациента?»**
- **«Что могло ускорить развитие расстройства?»**
- **«Мог ли пациент толковать некоторые события неблагоприятным для себя образом?»**
- **«Как мышление и поведение пациента повлияли на сохранение расстройства?»**

Позже вы используете концептуализацию для разработки более подробного плана лечения.

Когда я свела воедино информацию, полученную на оценочной сессии, то предположила, что Салли была уязвима к ситуациям, в которых она могла продемонстрировать свою несостоятельность в чем-либо (убеждение, которое возникло в результате взаимодействия с родителями, братом и некоторыми учителями). Когда Салли поступила в колледж, она стала думать, что не сможет пройти учебную программу и жить самостоятельно. У нее развилось общее чувство несостоятельности, то есть активировалось ее глубинное убеждение. В разных ситуациях у нее стали появляться автоматические мысли о том, что она потерпит неудачу. Из-за этих мыслей она ощущала грусть, тревогу и безнадежность. Ее поведение также претерпело изменения. Она начала чаще не доводить дело до конца и слишком много времени проводить в своей комнате одна. Она отказывалась даже пытаться выполнять задания, которые казались ей тяжелыми, а потому стала отставать. Возникающие трудности она объясняла своими личными недостатками и не воспринимала их как следствие депрессии. Недостаток удовольствий и деятельности, в которой она могла бы реализовать свои способности, только ухудшал ее настроение (см. приложение А).

Я понимала когнитивную модель депрессии и была знакома с основными стратегиями ее лечения, потому для себя разработала более подробный план лечения, чем тот, который в упрощенном виде описала Салли. В первую очередь я должна была достичь следующих целей: помочь Салли справиться с трудностями, связанными с учебой и повседневной жизнью; содействовать повышению ее уровня активности; научить ее выявлять, оценивать и изменять ошибочные и непродуктивные негативные мысли, особенно связанные с неудачами и неспособностью что-либо сделать (которые она озвучила сама). Я предположила, что к середине лечения мы сможем напрямую поработать с ее глубинным убеждением в собственной несостоятельности; однако пока я не могла сказать, нужно ли будет отдельно уделить внимание прошлому. Также на тот момент я не знала, были ли у Салли дисфункциональные убеждения о ее недостойности любви и отсутствии ценности как личности (см. главу 14), которые также нужно было бы изменить; на оценочной сессии она не предоставила информации, по которой можно было бы судить о наличии или отсутствии таких убеждений. На финальной стадии лечения я планировала уделить отдельное внимание профилактике рецидивов. На протяжении терапии, по мере того как я лучше узнавала Салли и характер ее проблем, я дорабатывала этот план лечения.

# Структура первой терапевтической сессии

В этой главе вы подробнее познакомитесь со структурой первой терапевтической сессии, на которой нужно:

- обсудить диагноз пациента;
- оценить его настроение;
- задать цели;
- начать работать над проблемой;
- оговорить домашнее задание;
- получить обратную связь.

Большинству пациентов нравится, когда вы объясняете, как будут структурированы терапевтические сессии и почему. Это позволяет получить четкое представление о терапевтическом процессе и следить за ходом лечения. В главе 6 мы сосредоточимся на ключевом терапевтическом воздействии в случае депрессии: поведенческой активации. В главе 7 будет описана типичная структура последующих сессий, а в главе 8 мы обсудим трудности их структурирования.

## Цели и структура первой терапевтической сессии

Перед первой сессией вам нужно просмотреть результаты первичного обследования пациента, чтобы на протяжении встречи держать в уме исходную концептуализацию и план лечения, а также быть готовыми в случае

надобности сменить курс. Обычно сессии когнитивно-поведенческой терапии продолжаются 45–50 минут, однако первая может занимать около часа. Среди целей первой сессии можно выделить следующие:

- установить с пациентами раппорт и доверие, нормализовать их трудности, вселить надежду;
- ознакомить пациентов с лечением, объяснив им суть их расстройств(а), когнитивной модели и процесса терапии;
- собрать дополнительную информацию, которая поможет расширить концептуализацию;
- составить список целей;
- начать решать важную для пациента проблему (и/или способствовать поведенческой активации).

Для достижения этих целей рекомендуется использовать следующий формат сессии:

**Вводная часть сессии 1**

1. Определить повестку дня (и логически обосновать ее для пациента).
2. Оценить настроение пациента.
3. Узнать, что изменилось (с оценочной сессии).
4. Обсудить диагноз пациента и провести психологическое просвещение.

**Основная часть сессии 1**

5. Выявить проблемы и определить цели.
6. Ознакомить пациента с когнитивной моделью.
7. Обсудить проблему.

**Завершение сессии 1**

8. Подвести итог или помочь пациенту это сделать.
9. Сформулировать домашнее задание.
10. Получить обратную связь.

## Определение повестки дня

Так как это первая терапевтическая сессия, после взаимного приветствия вы переходите к формулировке повестки дня. Часто это снижает тревогу пациента, потому что он начинает понимать, чего ожидать от сессии. Вы объясните, почему выбрали предлагаемую линию работы, и убедитесь, что пациент согласен с вами. (На дальнейших сессиях вы также будете формулировать повестку дня в первой части сессии, но не обязательно в самом ее начале.)

Т. Салли, я рада, что вы пришли. Предлагаю начать с обсуждения того, о чем мы сегодня будем говорить, если вы не против. Мы будем называть этот процесс формулировкой повестки дня и составлять повестку дня в начале каждой сессии (*дает логическое объяснение*), чтобы точно знать: нам хватит времени на то, чтобы разобрать самые важные для вас вопросы. Я перечислю все, что хочу предложить обсудить сегодня (*побуждает к сотрудничеству*), а потом спрошу, что бы вам хотелось добавить. Хорошо?

П. Хорошо.

Т. Наша первая сессия будет несколько отличаться от следующих, потому что нам нужно разобрать много важных вопросов и лучше друг друга узнать. Вот что я предложила бы обсудить сегодня. Во-первых, через несколько минут (*предупреждаю Салли, что не хочу погружаться в этот вопрос, прежде чем мы закончим обсуждение повестки дня*) я бы хотела узнать, как вы себя чувствовали после нашей предыдущей встречи, что произошло с тех пор, и еще немного поговорить про ваш диагноз (*пауза*). Затем я бы хотела поставить более конкретные цели. Вы согласны?

П. Да.

Т. Затем нам нужно будет решить, какое домашнее задание дать вам для выполнения перед нашей следующей встречей (*поведенческая активация*), в частности, как изменить ваш распорядок дня. После этого я попрошу вас рассказать, какое впечатление у вас оставила эта сессия. (*Получает обратную связь.*) Как вам такой план?

П. Нормально.

Т. Вы хотите что-нибудь добавить к сегодняшней повестке дня?

П. Ну, я знаю, что мне нужно быть активнее. Но я так устаю. Мне просто сложно сконцентрироваться на работе или проводить время с друзьями. Я просто много сплю или смотрю телевизор...

Т. (*Мягко прерывает.*) Извините, можно я вас перебью? Давайте я внесу в повестку дня пункт «больше делать», и мы обсудим этот вопрос отдельно?

П. Ладно.

Т. (*Обновляет повестку дня.*) Вы увидите, что на протяжении сессии я буду многое записывать. (*Объясняет.*) Я поступаю так, чтобы не упустить ни одной важной подробности... Так, ладно, есть еще что-то, что обязательно нужно обсудить сегодня?

П. Нет, я так не думаю.

Т. Если вы вспомните что-то важное, просто скажите.

В идеале обсуждение повестки дня должно проходить быстро и по существу. Когда вы логически объясняете, зачем нужно определять повестку дня, терапевтический процесс становится более понятным для пациента, что стимулирует его на более активное, продуктивное участие.

**В.** А что, если... пациент настаивает на том, чтобы распределить время сессии иначе?

**О.** Иногда, *хотя не часто*, пациентам не нравится повестка дня, которую вы предлагаете для первой сессии. Причины могут быть разные. Возможно, вы выбрали слишком покровительственный тон, когда оглашали повестку дня, и не выказали готовность к сотрудничеству. Или же что-то сильно беспокоит пациента, и он хочет получить помощь уже на этой сессии. Некоторые пациенты хотят вести беседу в свободной форме, говорить о том, что приходит на ум, не придерживаясь структуры и не прерываясь.

Что делать в таких случаях терапевту? Прежде всего, вам нужно увлечь пациента, чтобы он не бросил терапию и пришел на следующую сессию. Если вам кажется, что попытка уговорить пациента следовать вашей повестке дня поставит под угрозу его вовлеченность уже на первой сессии, вы можете предложить «разделить» время приема: сначала делать то, что предлагает он, потом — то, что предлагаете вы. Если этот вариант его тоже не устроит, вы можете провести время так, как хочет пациент. На следующей сессии спросите, насколько улучшилось его самочувствие в течение недели. Если нет, возможно, он с большей охотой последует вашему плану.

## Оценка настроения

Определившись с повесткой дня, нужно быстро оценить настроение пациента. Я попросила Салли коротко рассказать о том, как менялось ее настроение с нашей последней встречи, а также быстро просмотрела опрос-

ник симптомов, который она заполнила перед сессией (см. приложение Б, в котором размещены шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory), шкала тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory) и шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory Scale)). Так как изначально мне нужен только краткий обзор изменений ее настроения, я прошу ее ответить буквально в двух словах.

Т. Хорошо, пойдем дальше. Давайте обсудим, как прошла ваша неделя. Для начала я посмотрю опросники, которые вы заполнили. Пока я буду это делать [ориентирует в процессе], расскажите мне буквально в нескольких предложениях, что вы чувствовали на протяжении этой недели.
П. Я чувствовала себя подавленной все это время.
Т. (*Просматривая опросники.*) Судя по всему, вы еще и тревожились?
П. Да.
Т. (*Стремится к сотрудничеству.*) Если вы не против, я попрошу вас каждый раз приходить на несколько минут раньше, чтобы вы могли заполнить эти опросники. (*Дает логическое объяснение.*) Они помогают мне быстро составить представление о том, как вы чувствовали себя всю прошлую неделю. Но и своими словами я буду просить вас об этом рассказывать.
П. Ладно.

На первой сессии, как и на всех последующих, я записываю общие баллы объективных тестов, сравниваю их с баллами, полученными в ходе оценочной сессии. Я также быстро оцениваю, есть ли в тестах информация, указывающая на что-то важное. Отдельное внимание я уделяю вопросам, связанным с ощущением безнадежности и суицидальными мыслями по шкале депрессии Бека-II. Если эти показатели повышены, я проведу оценку рисков (Wenzel et al., 2008) и постараюсь определить, нужно ли уделить часть времени на разработку плана обеспечения безопасности пациента.

**В.** А что, если... пациент не может или не хочет заполнять объективные тесты?

**О.** Если провести такое тестирование невозможно, если опросники не подходят пациентам (например, они плохо читают) или если пациентам не хочется их заполнять, вы можете объяснить им, как перед каждой сессией оценивать настроение по шкале от 0 до 10: «Вспомните предыдущую неделю, как она прошла? Предположим, что 0 — это полное отсутствие чувства подавленности, а 10 — это самое подавленное состояние, которое у вас когда-либо было. Как бы вы оценили свое настроение на прошедшей неделе?» Или вы

можете сформулировать вопрос иначе: «Насколько подавленным вы чувствовали себя на прошлой неделе? Немного, средне или крайне подавленным? Как бы вы оценили свое настроение по сравнению с другими неделями?» Другие проблемы, связанные с оценкой настроения, описаны в главе 8.

## Оценка изменений

Следующую часть сессии нужно посвятить вопросам, которые помогут выявить, есть ли другие важные проблемы и темы, которые еще не упоминались, но могли бы оказаться актуальными. Затем нужно постараться выяснить, какие позитивные переживания были у пациента на прошедшей неделе.

Т. Теперь давайте обсудим, случилось ли что-нибудь важное, о чем мне нужно знать, за то время, пока мы не виделись?

П. (*Задумалась.*) Ну, мои родители давили на меня, хотели, чтобы я определилась, что буду делать летом.

Т. (***Собирает информацию о проблеме, чтобы понять, является ли она приоритетной и нужно ли ее обсуждать сегодня.***) Это вас сильно расстроило?

П. (*Вздыхает.*) Нет. Просто еще одна неприятность.

Т. Вы бы хотели, чтобы я помогла вам разобраться с этой ситуацией?

П. Да, пожалуй.

Т. Сегодня у нас не так много времени. Как думаете, можем ли мы отложить обсуждение этого вопроса на другую встречу?

П. Да, можем.

Т. Я занесу эту тему в свои записи и на следующей неделе снова попрошу оценить, насколько эта проблема приоритетна для вас.

П. Хорошо.

Т. Случилось ли на прошедшей неделе что-то еще действительно важное?

П. Кажется, нет. Неделя была почти такой же, как и предыдущая.

Эти вопросы помогли мне понять: описанная проблема не так важна и можно двигаться дальше по повестке дня.

Как понять, какие вопросы нужно обсуждать сразу же, а какие — нет? Определитесь с тем, насколько сильный дистресс проблема вызывает у пациента, и необходимо ли решить ее немедленно (например, если он не решит ее, это может навредить ему или кому-то другому, поставить в опасность

жизнь пациента или ухудшить его жизненную ситуацию). Обсуждение большинства проблем, особенно носящих постоянный характер (например, трудностей в выполнении домашних дел или ссор с родственниками), обычно можно отложить на будущее, чтобы посвятить первую сессию разбору актуальных вопросов.

**В.** А что, если... обнаружится вопрос, который нужно срочно разобрать?

**О.** Существует несколько причин, по которым необходимо отойти от стандартного течения первой сессии.

1. Если пациент рискует сам или подвергает риску других людей.
2. Если пациент так переживает из-за проблемы, что не может сосредоточиться на проблемах, которые вы изначально хотели рассмотреть.
3. Если вы считаете, что пациент так сильно расстроится, если вы не обсудите проблему, что это повредит терапевтическим отношениям и/или пациент после этого не вернется к вам через неделю.

Когда на ранних этапах лечения вы будете спрашивать пациента, что нового произошло, он, скорее всего, будет рассказывать только о плохом. Поэтому нужно не забывать также узнавать: «Что хорошего случилось за неделю?» или «В какие моменты вы чувствовали себя лучше на прошедшей неделе?» Эти вопросы помогут пациентам более ясно увидеть реальность — ведь депрессия, вне всяких сомнений, заставляет их сосредоточиваться почти исключительно на плохом.

## Обсуждение диагноза

На следующем отрезке сессии вы коротко разберете проблемы, которые уже озвучил пациент, и попросите его ознакомить вас с последней информацией.

Т. Салли, я хотела бы обсудить с вами выводы, которые сделала на оценочной сессии на прошлой неделе. Как вы смотрите на то, чтобы сейчас поговорить о некоторых аспектах вашего диагноза?

Большинство пациентов хотят разобраться в своем диагнозе и хотят быть уверены, что вы не считаете их странными и ненормальными. Обычно же-

лательно избегать ярлыка диагноза «расстройство личности». Вместо этого лучше давать обобщенное, немедицинское описание этого расстройства, например: «Судя по всему, весь последний год вы пребывали в депрессии, а также на протяжении длительного времени не могли справиться с проблемами, которые у вас были в отношениях и на работе». Кроме того, желательно дать пациентам некоторую информацию об их состоянии: так они смогут отнести происходящее с ними на счет заболевания, а не списывать все на недостатки характера («Со мной что-то не так. Я просто плохой человек»). Ниже приведена стенограмма диалога, который иллюстрирует такую образовательную беседу с пациентом, страдающим от депрессии.

Т. Оценка показала, что у вас умеренная депрессия. Я хочу, чтобы вы осознали: это настоящее заболевание. Когда люди говорят: «О, сегодня плохая погода, я в депрессии», — они говорят о другом, просто о плохом настроении. У вас же депрессия настоящая.

П. (*Вздыхает.*)

Т. Я знаю это, потому что ваши симптомы описаны в диагностическом руководстве. (*Показывает Салли DSM.*) В этом руководстве указаны симптомы всех психических расстройств, точно так же как в неврологическом диагностическом руководстве описаны симптомы мигрени.

П. О, я и не знала.

Т. (*Обнадеживает.*) К счастью, когнитивно-поведенческая терапия очень эффективно помогает людям справиться с депрессией.

П. Я боялась, вы подумаете, что я сумасшедшая.

Т. Вовсе нет. (*Нормализует.*) Ваше состояние встречается довольно часто, и, судя по всему, с такими же проблемами, как у вас, сталкивается большинство пациентов с таким диагнозом. Проблемы вызваны образом мышления, который характерен для депрессии. Что вы чувствуете сейчас, когда узнали, что я не считаю вас сумасшедшей?

П. (*Вздыхает.*) Облегчение.

Т. В ходе лечения мы будем много внимания уделять именно этому: выявлять ваши мысли, продиктованные депрессией, и помогать вам смотреть на происходящее более реалистично.

П. Хорошо.

Т. (*Предполагает, что Салли сейчас может винить себя за то, что рассуждает нереалистично.*) Я также хочу подчеркнуть, что вы не виноваты в том, что у вас такой негативный образ мыслей. Это первый симптом депрессии. Когда у человека депрессия, ему кажется, что он видит себя, мир и будущее (когнитивная триада депрессии) сквозь черные очки. (*Показывает, как*

*закрашивает воображаемые очки на себе.*) Из-за темных очков *все* кажется беспросветным и безнадежным. На терапии среди прочего мы будем соскребать эту черную краску (*показывает*), чтобы вы смогли видеть все в реалистичном свете... Вам пока все понятно? (*Использование аналогий часто помогает пациентам увидеть ситуацию по-новому.*)

П. Да, я понимаю.

Т. Хорошо, тогда давайте поговорим про другие симптомы депрессии, которые у вас есть. По результатам оценки понятно, что депрессия влияет на ваш сон и уровень энергии в течение дня. Похоже, что это также влияет на вашу мотивацию. (*Нормализует.*) Многие люди в депрессии критикуют себя за то, что не могут быть такими же продуктивными, как раньше. (*Выделяет специфические случаи.*) Вспомните, когда в последний раз вы себя за что-то критиковали?

П. (*Вздыхает.*) Недавно. В последнее время я стала поздно вставать, а еще не могу ничего доделать и говорю себе, что я ленивая и ни на что не гожусь.

Т. А если бы у вас было воспаление легких — вам тоже было бы трудно вставать и завершать начатые дела. Неужели вы за это называли бы себя ленивой и ни на что не годной?

П. Вряд ли. Думаю, нет.

Т. А как вы думаете, вам бы помогло, если бы вы могли возразить что-то на мысль: «Я ленивая и ни на что не гожусь»?

П. Возможно.

Т. О чем вы могли бы себе напомнить? (*Когда вы предлагаете отвечать клиенту, а не даете все ответы сами, вы способствуете его вовлеченности и предоставляете ему определенную автономию.*)

П. Думаю, я могла бы сказать, что *у меня депрессия* и поэтому мне многое сложно делать.

Т. Точно. Очень важно, чтобы вы помнили это всю следующую неделю. Хотите, я это запишу? Или, может быть, запишете сама?

П. Да, запишите.

Т. (*Достает самокопирующую бумагу* [*см. рис. 5.1*].) Хорошо. Наверху я поставлю дату. Как мы назовем все это: вашим домашним заданием? или планом действий?

П. Наверное, домашним заданием.

Т. Хорошо. (*Записывает вверху: «Домашнее задание».*) Первая задача — запомнить то, что мы сегодня с вами обсуждали. Я запишу так: «Если я начну думать, что я ленивая и ни на что не гожусь, мне нужно напомнить себе, что я болею; моя болезнь называется депрессией, и из-за нее

мне многое сложно делать». (*Делает паузу и предполагает, что такое утверждение может показаться безысходным.*) Вы не против, если я допишу еще одно напоминание? «Я буду ходить на терапию, депрессия уменьшится, и мне станет легче».

22 января

Домашнее задание:

Читайте этот список дважды в день; поставьте будильник, чтобы не забыть.

1. Если я начну думать, что я ленивая и ни на что не годная, мне нужно напомнить себе, что я болею; моя болезнь называется депрессией, и из-за нее мне многое сложно делать. Я буду проходить терапию, депрессия уменьшится, и мне станет легче.
2. Прочитать список целей и дополнить его, если захочется что-то добавить.
3. Когда я замечу, что мое настроение ухудшается, я спрошу себя: «О чем я прямо сейчас думаю?» — и запишу эти мысли. Напомнить себе, что мои мысли не обязательно отражают реальное положение вещей.
4. Запланировать что-нибудь с Элисон и Джо. Запомнить: если они откажутся, скорее всего, это значит, что они хотели бы провести со мной время, но они слишком заняты.
5. Прочитать буклет «Справиться с депрессией» (по желанию).

**Рис. 5.1.** Список домашних заданий для Салли после первой сессии

**В.** А что, если... пациент не согласится с моей аналогией?

**О.** Некоторые пациенты говорят: «Да, но воспаление легких — это реальная болезнь». Чтобы грамотно ответить на это возражение, нужно упомянуть симптомы пациента: «Депрессия — тоже *реальное* заболевание, ее симптомы действительно существуют. Когда вам просто грустно и тоскливо, это еще не заболевание. Но вы испытываете не только это. Вы ощущаете грусть, тоску и чувство безнадежности; вы чрезмерно самокритичны, вас почти ничего не может заинтересовать, вы отказались от разных занятий; нарушился ваш сон и упал уровень энергии. Вот почему я знаю, что у вас настоящее заболевание, настолько же реальное, как и воспаление легких».

Многим пациентам полезно давать еще одно задание на дом: прочитать главу книги по когнитивно-поведенческой терапии депрессии, рассчитанной

на широкую аудиторию (см. *www.academyofct.org*), или буклет вроде «Справиться с депрессией» (см. *www.beckinstitute.org*). Это поможет закрепить важные мысли, прозвучавшие на сессии. Предложите пациентам делать заметки мысленно или письменно: с чем они согласны, с чем не согласны, какие у них возникли вопросы.

## Выявление проблем и постановка целей

Следующий шаг — определение конкретных проблем пациентов. В качестве логического продолжения вы поможете пациенту превратить названные проблемы в цели, на достижение которых можно будет ориентироваться в ходе лечения.

Т. Теперь давайте разберем проблемы, которые вас волнуют.

П. (*Вздыхает.*) Даже не знаю... Все так плохо. Я совсем не справляюсь с учебой. Очень отстала. Я все время чувствую себя уставшей и грустной. Иногда мне кажется, что просто нужно сдаться, и все.

Т. (*Задает вопрос, чтобы убедиться, что у Салли на данный момент нет склонности к суицидальному поведению.*) Вы думали о том, чтобы как-то себе навредить?

П. Да нет. Я просто хочу, чтобы все мои проблемы куда-нибудь исчезли.

Т. (*Выражает сочувствие.*) Вам действительно очень тяжело?

П. Да, я не знаю, что делать.

Т. (*Помогает Салли сосредоточиться и разбить проблемы на более мелкие, с которыми легче справиться.*) Можно сказать, что у вас сейчас две главные проблемы. Во-первых, у вас не все получается в учебе. Во-вторых, вы очень устали и вам грустно. Есть ли что-нибудь еще?

П. Ну, как я уже говорила на прошлой неделе, я понимаю, что слишком много времени провожу одна, у себя в комнате. Мне нужно больше общаться с друзьями.

Т. (*Подталкивает Салли к более активному участию в постановке целей.*) Давайте превратим эти проблемы в цели. Хотите их записать, или мне это сделать?

П. Запишите.

Т. Хорошо. (*Записывает по мере обсуждения.*) Итак, во-первых, вы упоминали учебу. Вы говорили, что хотели бы меньше переживать о тестах и оценках и больше времени проводить с друзьями. Хорошо. Какие еще цели вы перед собой ставите? Что бы вы хотели изменить? Или как бы вы хотели, чтобы изменилась ваша жизнь в результате лечения?

П. (*Пауза.*) Я бы хотела стать счастливее.

Т. (*Поддерживает пациента.*) Это хорошая цель.
Однако эта цель слишком общая. Сложно понять, как помочь пациенту стать счастливее. Поэтому я прошу Салли точнее сформулировать, что для нее значит быть «счастливее» в поведенческих терминах.

Т. А если бы вы были счастливее и не были в подавленном настроении, что бы вы делали?

П. Думаю, я бы чем-то еще занималась в колледже, как в прошлом году... И я бы весело проводила время и не чувствовала себя такой несчастной все время.

Т. Хорошо, я добавлю все это в список: активнее участвовать в жизни колледжа и чаще весело проводить время.

**Список целей — 1 февраля**

1. **Улучшить успеваемость.**
2. **Меньше волноваться о тестах и об оценках.**
3. **Проводить больше времени с друзьями.**
4. **Участвовать в общественной жизни колледжа.**
5. **Чаще заниматься чем-нибудь веселым.**

Т. Теперь что касается домашнего задания. Перечитайте, пожалуйста, этот список и подумайте, что еще добавить.

П. Хорошо.

Т. (*Добавляет пункт в список домашних заданий*). Хорошо, а теперь, прежде чем продолжить, давайте подведем промежуточные итоги. Что мы с вами уже сделали? Мы определили повестку дня, поговорили о вашем диагнозе и начали составлять список целей.

В этой части сессии я обязательно слежу за тем, чтобы список целей сохранился в письменном виде. Кроме того, я направила Салли на то, чтобы конкретизировать слишком общую цель («Я хотела бы стать счастливее»), выразить ее в поведенческих терминах. Но я не позволяю обсуждению целей стать главной задачей сессии и прошу Салли закончить список целей дома. Наконец, я обобщаю, что мы уже успели обсудить. Благодаря этому процесс терапии становится более понятным, а я могу следить за тем, чтобы мы придерживались установленного плана.

**В.** А что, если... пациент ставит цели за кого-то другого?

**О.** Иногда пациенты ставят перед собой задачи, решение которых от них не зависит: «Мне бы хотелось, чтобы партнер был ко мне добрее»; «Я хочу, чтобы директор перестал на меня давить»; «Я хочу, чтобы дети меня слушались». В таком случае важно помочь перефразировать цель таким образом, чтобы она была направлена на то, что они действительно *могут* контролировать:

Т. Не буду обещать, что мы напрямую повлияем на Джо, и он станет к вам добрее. Может быть, перефразируем? Например, как вам такая цель: «Научиться эффективнее общаться с Джо?» Может быть, если вы возьмете на себя ответственность за то, что *вы* делаете, и научитесь контролировать эти действия, на поведение Джо это тоже повлияет.

Более подробно процесс обсуждения целей с пациентом я уже описывала в другой книге (J. S. Beck, 2005).

## Знакомство пациента с когнитивной моделью

На первой сессии крайне важно помочь пациенту понять, как его образ мыслей влияет на реакции. Для этого лучше всего воспользоваться его личными примерами. Вы можете использовать спонтанные высказывания пациента (например, «Я ничего не могу сделать правильно. Ничто не помогает. Мне никогда не станет лучше»). Или вы можете спросить: «О чем вы думаете прямо сейчас?» — когда заметите, что настроение пациента резко изменилось. Начинающему психотерапевту, скорее всего, будет легче посвятить часть первой сессии разъяснению взаимосвязи между ситуациями-триггерами, автоматическими мыслями или образами и реакциями (эмоциональными, поведенческими и физиологическими).

Т. Давайте пару минут поговорим о том, как мысли влияют на ваше настроение. Вспомните, пожалуйста, какую-нибудь ситуацию, случившуюся за последние несколько дней, когда вы заметили, что ваше настроение изменилось. Когда вы заметили, что вам стало особенно грустно. Можете что-то такое вспомнить?

П. Наверное.

Т. Расскажете?

П. Я обедала с парой ребят из группы по английскому и почувствовала себя очень плохо. Они обсуждали какие-то слова профессора, которые я просто не поняла.

Т. Помните, что вы тогда подумали?

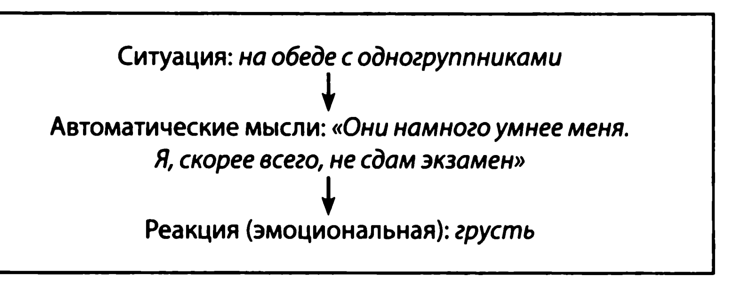
П. Ммм, что они намного умнее меня. Что я, скорее всего, не сдам экзамен.

Т. (*Использует те же слова, что и Салли.*) То есть вы думали: «Они намного умнее меня. Я, скорее всего, не сдам экзамен». И как эти мысли повлияли на ваше эмоциональное состояние? Что вы почувствовали: радость, грусть, тревогу, злость?..

П. Мне стало очень-очень грустно.

Т. Понятно. Тогда я предлагаю нарисовать схему. Только что вы описали отличный пример ситуации, в которой мысли повлияли на ваши эмоции. (*Рисует схему и передает ее Салли.*) Вам понятно, что все это значит? Ваша оценка ситуации привела к возникновению автоматических мыслей, которые повлияли на ваше самочувствие.

П. Похоже на то.




Т. Попробуем привести еще несколько примеров ситуаций, случившихся недавно. Можете вспомнить, когда еще вы в последнее время особенно расстраивались?

П. Например, перед нашей встречей, когда ждала в коридоре. Мне было очень грустно.

Т. И о чем вы тогда думали?

П. Точно не помню.

Т. (*Старается оживить опыт в воображении Салли.*) Можете прямо сейчас представить, что опять сидите там, в холле? Опишите мне ситуацию, что происходит.

П. Ну, я сижу на стуле у двери, подальше от администратора. Входит женщина, улыбается и разговаривает с администратором. Она такая счастливая и... нормальная.

Т. И что вы чувствуете, когда смотрите на нее?

П. Мне тоже грустно.

Т. А что вы думаете в этот момент?

П. Я не такая, как она. Она счастливая. А я никогда больше не смогу быть счастливой.

Т. (*Подкрепляет понимание когнитивной модели.*) Хорошо. Вы привели еще один хороший пример. Получается, когда вы смотрели на счастливую женщину у стойки администратора, вы думали: «Я никогда больше не смогу быть счастливой», — и эта мысль заставила вас грустить. Вам понятен этот механизм?

П. Думаю, да.

Т. (*Убеждается, что Салли может сформулировать, как она понимает когнитивную модель.*) А вы могли бы своими словами описать, как связаны мысли и чувства?

П. Ну, получается, мысли влияют на то, что я чувствую.

Т. Правильно. (*Направляет обсуждение на то, как Салли будет использовать полученные на терапии знания в течение следующей недели.*) Я бы хотела, если вы согласитесь с моим предложением, чтобы вы отслеживали свои мысли в течение следующей недели, когда заметите, что ваше настроение резко пошло вниз. Хорошо?

П. Угу.

Т. Вообще-то, предлагаю добавить это в домашнее задание: *«Когда я замечу, что мое настроение резко пошло вниз, нужно будет спросить себя: "О чем я прямо сейчас думаю?"» — и записать эти мысли.* Когда вы вернетесь на следующей неделе, мы оценим мысли, которые вы запишете: можно ли сказать, что они на сто процентов правдивы или на ноль процентов правдивы, или где-то посередине. Хорошо?

П. Да.

Т. Часто будет оказываться так, что эти вызванные депрессией мысли на самом деле не отражают реальности. Это я тоже хочу отметить, запишу: *«Мои мысли не обязательно отражают реальное положение вещей»*. Когда мы выясним, что какие-то из ваших мыслей неправильно или односторонне отражают реальность, я помогу вам развить реалистичный взгляд на ситуацию. Думаю, когда вы научитесь это делать, то почувствуете себя лучше. Например, может оказаться, что ваши одногруппники вовсе не умнее вас и что ваши трудности связаны не с интеллектом, а с депрессией. Кроме того, мы попробуем решить некоторые проблемы, которые у вас возникли с курсом английского. Например, вы можете воспользоваться помощью друга, преподавателя или репетитора.

П. Это, наверное, будет тяжело.

Т. А это еще один пример автоматической мысли: «Наверное, будет тяжело». Но для того я здесь и сижу. Мы будем работать в команде, вместе,

чтобы решать ваши проблемы шаг за шагом (*пауза*). Вы же понимаете, как изменение вашего образа мыслей и решение конкретных проблем могут улучшить ваше настроение?

П. Да.

Т. (*Старается, чтобы тон голоса выражал поддержку.*) И, думаю, вы совсем скоро освоитесь в этом процессе. А пока вы можете начать записывать грустные мысли, чтобы мы могли разобрать их на следующей сессии.

П. Хорошо.

Т. (*Проверяет, возникли ли у Салли трудности, которые нужно разрешить.*) Как думаете, вам будет сложно это сделать?

П. Нет, думаю, я справлюсь.

Т. Хорошо. Но даже если у вас что-то не получится — ничего страшного. На следующей неделе вы вернетесь, и мы вместе все обсудим.

П. Хорошо.

В этой части сессии я объясняю и записываю когнитивную модель, иллюстрируя ее *личными примерами из жизни пациента*. Я стараюсь ограничивать объяснения несколькими предложениями за раз, потому что некоторым пациентам, особенно страдающим депрессией, бывает трудно сосредоточиться. Кроме того, я прошу Салли пересказать то, что мы обсудили, своими словами, чтобы точно убедиться: она все поняла. Если бы у Салли были ограниченные когнитивные возможности, я бы использовала более наглядные обучающие материалы: изображения лиц, выражающих разные эмоции, персонажей из мультиков с пустыми «облачками» мыслей над головой.

**В.** А что, если... пациентам трудно понять когнитивную модель на первой сессии?

**О.** Вы решите, нужно ли применить другие техники (см. главу 9) или вернуться к этой задаче на следующей сессии. Здравый смысл подсказывает, что слишком сильно настаивать не нужно: у пациентов могут возникнуть негативные мысли о своих способностях и о вас. Если вы решите не погружаться в объяснение когнитивной модели на этом этапе, обязательно подчеркните, что навык выявления автоматических мыслей сейчас не является сверхважным, чтобы снизить вероятность того, что пациент ощутит вину. («Иногда эти мысли отследить сложно. Обычно они возникают и пропадают очень быстро. Но это неважно. Мы вернемся к этому вопросу в другой раз»).

## Обсуждение проблемы, или поведенческая активация

Если на первой сессии останется время, вы можете перейти к обсуждению конкретных проблем, которые особенно беспокоят пациента. Когда он учится по-новому смотреть на проблемы или узнаёт, какие конкретно шаги может предпринять, его уверенность в эффективности лечения растет. Если пациент не выражает желания говорить о какой-то особенно наболевшей важной проблеме, постарайтесь обсудить с ним вопрос неактивности — то есть видов деятельности, от которых он отказался, или общую пассивность. Пациентам, страдающим от депрессии, крайне важно преодолеть такую вызванную ей пассивность и создать для себя условия, в которых они могут получить удовольствие и чувство удовлетворения от достигнутого. Поведенческую активацию мы отдельно обсудим в следующей главе.

## Подведение итогов сессии и домашнее задание

Финальное обобщение связывает воедино все темы, разбиравшиеся на сессии, и состоит из главных выводов. Кроме того, при подведении итогов нужно еще раз проговорить домашние задания, которые пациент согласился выполнить.

Т. Салли, наша встреча подходит к концу. Скажите, пожалуйста, как вы считаете, что самое важное вам нужно помнить на предстоящей неделе? Можете воспользоваться записями [с. 90].

П. Ну, думаю, что я не ленивая. И что у меня, наверное, есть много депрессивных мыслей, из-за которых я чувствую себя плохо, хотя они необязательно отражают реальное положение вещей.

Т. Хорошо. А как насчет того, что ваше настроение улучшится, если вы будете более активной?

П. Да.

Т. Перейдем к домашнему заданию? Я хочу убедиться, что вы сможете его выполнить (*показывает на записи*). Первое, что мы записали: вам нужно напоминать себе, что у вас депрессия, чтобы вам не хотелось думать, что вы плохая. Что предпринять, чтобы вы не забывали это делать? Может быть, будете перечитывать этот листок каждый раз, вставая с кровати утром?

П. Хорошо.

Т. Как думаете, сколько времени у вас это займет?

П. Не знаю. Может, пять минут?

Т. Скорее, полагаю, это займет меньше минуты.

П. Да, действительно.

Т. Вы точно не забудете это делать?

П. (*Думает.*) Не уверена. Я не хочу держать эту бумажку на виду, потому что ее может увидеть моя соседка по комнате.

Т. (*Делает конкретное предложение*). А где вы могли бы хранить эту бумажку? Может быть, в рюкзаке? И поставили бы будильник — когда он зазвонит, вы просто достанете ее и перечитаете?

П. Да, можно сделать так.

Т. Мне хотелось бы, чтобы вы перечитывали ее еще хотя бы один раз в течение дня. Как думаете, когда это было бы полезнее всего делать?

П. (*Думает.*) Наверное, сразу после ужина.

Т. Отлично. Как думаете, на это время тоже стоит поставить будильник?

П. Можно.

Т. Я запишу это в верхней части листка.

Итак, мы заполняем список заданий, вслух проговаривая, сколько времени предположительно уйдет на выполнение каждого из них. Многие пациенты переоценивают сложность или продолжительность заданий. Если вы точно определите время, пациентам проще будет оценить истинную сложность стоящих перед ними задач.

Т. Салли, также мы обсуждали сегодня, что на будущей неделе вам нужно будет еще подумать над списком целей. Как считаете, вы могли бы уделить этому минутку-другую?

П. Конечно.

Т. И наконец, я хотела дать вам этот буклет, посвященный депрессии (*«Справиться с депрессией»*; см. приложение Б). Можем пометить, что вы прочитаете его, если захотите.

П. (*Кивает.*)

Т. Думаю, вам понадобится пять–десять минут, чтобы его прочесть. Если вы его прочитаете, можете сделать заметки (в уме — или запишите), с чем вы согласны, а с чем — нет.

П. Хорошо.

В этой части сессии я хочу максимально повысить шансы на то, что Салли действительно выполнит задание и почувствует от этого удовлетворение. Если вам кажется, что пациент может не выполнить какое-либо задание, предложите изменить его («Как думаете, вам будет сложно отсле-

живать свои мысли?» Если да: «Хотите, мы пометим этот пункт задания “по желанию”?»). Пациенты с депрессией чаще чувствуют, что взяли на себя непосильный груз, и больше склонны к самокритике, если задания выполнить не удается. (В главе 17 мы подробнее разберем вопросы, связанные с домашними заданиями.)

Кроме того, на этом этапе мы обсудили, когда для Салли будет полезнее всего перечитывать листок с заметками. Важно отметить, что Салли привыкла к тому, что у нее есть домашние задания, поэтому вероятность того, что она выполнит мои задания, несколько выше, чем у других пациентов. Кто-то предпочитает делать заметки в смартфоне и на других электронных устройствах, а не писать на бумаге.

## Обратная связь

В конце каждой терапевтической сессии, по крайней мере в первое время, нужно получать обратную связь от пациента. К концу первой сессии большинство пациентов настроены по отношению к терапевту и терапии позитивно. Получение обратной связи только усиливает раппорт и показывает, что вам небезразлично мнение пациента. Кроме того, это позволяет пациенту озвучить любые недопонимания, а вам — разрешить их. Иногда пациенты дают идиосинкразические интерпретации словам и действиям терапевта. Когда вы спрашиваете пациентов, что на сессии им мешало, вы позволяете им высказать и проверить подобные умозаключения. Помимо устной обратной связи вы можете предложить пациенту заполнить отчет о терапии (см. рис. 5.2).

Т. Наша встреча подходит к концу, и я хочу узнать, как она, на ваш взгляд, прошла. На самом деле вы можете ответить *двумя* способами: рассказать напрямую или заполнить отчет о терапии после сессии в холле. Я прочту его позже, и если окажется, что возникли какие-то трудности — мы внесем их в повестку дня в следующий раз. Хорошо?

П. Хорошо.

Т. Так как вам сегодняшняя сессия? Вам сегодня что-то мешало? Может, вам показалось, что я что-то неправильно поняла?

П. Да нет, все было хорошо.

Т. Может быть, вы бы хотели, чтобы на следующей сессии мы что-либо сделали по-другому?

П. Нет, вряд ли.

Т. Хорошо. Мне было приятно работать с вами сегодня. Пожалуйста, заполните отчет о терапии прямо сейчас, в холле, а также другие опросники,

которые я дала вам, к нашей следующей встрече. И постарайтесь сделать домашнее задание, которое мы записали. Хорошо?

П. (*Кивает.*) Хорошо. Спасибо.

Т. Увидимся на следующей неделе!

1. Что важного вы узнали сегодня? Что стоило бы запомнить?
______________________________
______________________________
2. В какой степени вы смогли открыться своему терапевту сегодня?
______________________________
______________________________
3. Мешало ли вам сегодня что-то на терапии? Если да, то что именно?
______________________________
______________________________
4. Какую часть домашних заданий вы смогли выполнить к сегодняшней сессии? Какова вероятность того, что вы выполните новые задания на следующей неделе?
______________________________
______________________________
5. Каких вопросов вы обязательно хотите коснуться на следующей сессии?
______________________________
______________________________

**Рис. 5.2.** Отчет о терапии (J. S. Beck, 2011). Copyright 2011 by Judith S. Beck

Опубликовано с разрешения автора в книге «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. Второе издание». Джудит Бек (Guilford Press, 2011). Покупателям данной книги разрешено копировать эти материалы только для личного использования

**В.** А что, если... пациент негативно оценит сессию?

**О.** Тогда нужно постараться выделить конкретную проблему, определить ее значение для пациента, решить ее или запланировать ее решение на следующую сессию. Например, это может выглядеть следующим образом:

Т. Так как вам сегодняшняя сессия? Вам сегодня что-то мешало?

П. Не знаю... не уверен, что терапия мне подходит.

Т. Вы думаете, она вам не поможет?

П. Наверное, да. Понимаете, у меня настоящие проблемы. Они у меня *не просто* потому, что я что-то не то думаю.

Т. Я рад, что вы озвучили проблему. Благодаря этому я могу сказать, что *правда* понимаю, что ваши проблемы — настоящие. И ни в коем случае не хотел произвести впечатления, что это не так. Проблемы с начальством, соседями, ваше чувство одиночества... Безусловно, это реальные проблемы; их мы вместе и попытаемся решить. Я *не* думаю, что этого можно добиться только разбором ваших мыслей. Жаль, если у вас сложилось такое впечатление.

П. Да все в порядке... просто... Ну, проблемы навалились все разом. Я уже не знаю, что делать, это так тяжело.

Т. Вы хотели бы прийти на следующей неделе и обсудить со мной вашу ситуацию?

П. Да, наверное.

Т. И домашнее задание только пополнило список навалившихся дел?

П. (*Пауза.*) Наверное.

Т. Может быть, мы пока его отложим? Будем считать, что все домашнее задание можно выполнить по желанию или частями.

П. (*Облегченно вздыхает.*) Да, так было бы намного лучше.

Т. Какое задание кажется вам самым сложным?

П. Отслеживать мысли.

Т. Хорошо, давайте допишем: «по желанию». Или мне совсем его вычеркнуть?

П. Нет, пусть будет «по желанию».

Т. (*Делает пометку.*) Какие еще задания кажутся слишком сложными?

П. Может быть, созвониться с друзьями. Не знаю, захочется ли мне это сделать.

Т. Хорошо. Подписать «по желанию» или вычеркнуть его?

П. Давайте, наверное, вычеркнем.

Т. Хорошо (*вычеркивает*). Может быть, было что-то еще, что помешало вам на этой сессии?

В данном случае терапевт понимает, как важно поддерживать терапевтический союз. Он либо не заметил признаки недовольства пациента в ходе сессии, либо пациент мастерски скрывал свои чувства. Если бы терапевт не получил обратной связи или не сумел грамотно отреагировать на негативную обратную связь, пациент мог бы не прийти на следующую сессию. Готовность терапевта отменить домашнее задание помогла пациенту пересмотреть свои опасения по поводу когнитивно-поведенческой терапии. Когда терапевт отреагировал на обратную связь и внес разумные изменения в первоначальный план, он тем самым показал, что понимает пациента и сочувствует ему, а это всегда положительно влияет на готовность к сотрудничеству и на доверие.

На следующей сессии терапевту нужно обязательно в самом начале подчеркнуть, как важно работать в команде, и адаптировать схему лечения и домашние задания под пациента, чтобы они были ему полезны. Терапевт также использует любые трудности, чтобы совершенствовать концептуализацию. Далее терапевт будет следить за тем, чтобы пациент активнее участвовал в формулировке домашнего задания и ему не казалось, что оно слишком большое и сложное.

У первой терапевтической сессии есть ряд важных целей: установить раппорт; улучшить концептуализацию; познакомить пациента с процессами и структурой когнитивно-поведенческой терапии; дать ему полезную и правильную информацию о когнитивной модели и его расстройстве или расстройствах; а также обнадежить пациента и добиться облегчения некоторых симптомов. На этой сессии крайне важно сформировать крепкий терапевтический союз и побудить пациента к активному участию в достижении поставленных терапевтических целей. В главе 7 будет описана структура последующих терапевтических сессий. В главе 8 мы рассмотрим трудности при структуризации сессий.

# Поведенческая активация

Одна из важнейших целей на первом этапе лечения пациентов, страдающих депрессией, — планирование активности. Такие пациенты склонны отказываться от многих видов деятельности, которые раньше приносили им удовольствие, поднимали настроение. И так как одновременно с этим они все чаще демонстрируют пассивное поведение (лежат в кровати, смотрят телевизор, слоняются без дела), сниженное настроение только укрепляется или даже усиливается со временем. Часто такие пациенты уверены, что изменить их эмоциональное состояние невозможно. Когда вы помогаете им становиться активнее и хвалить себя за любые подвижки, вы способствуете не только улучшению их настроения, но и усилению чувства самодостаточности: пациенты доказывают себе, что могут контролировать собственное состояние намного эффективнее, чем думали раньше.

## Концептуализация бездействия

Когда пациент с депрессией задумывается о том, чтобы заняться каким-либо делом, часто вмешиваются автоматические мысли:

Ситуация: *думает о каком-то виде деятельности*

↓

[Обычно] автоматическая мысль: *«Я слишком устал. Мне не понравится. Мои друзья не захотят проводить со мной время. Я не смогу. Ничто не поднимет мне настроение»*

↓

[Обычно] эмоциональные реакции: *грусть, тревога, безнадежность*

[Обычно] поведение: *бездействие*

Относительная безынициативность пациентов также снижает их настроение: остается все меньше возможностей ощутить удовлетворение от собственных успехов и удовольствие, из-за чего возникает еще больше негативных мыслей, еще сильнее ухудшается настроение — и круг замыкается, потому что сниженное настроение снова порождает бездействие.

## Концептуализация нехватки ощущения удовлетворения и удовольствия

Даже если пациенты чем-то занимаются, часто они не получают удовлетворения от сделанного и удовольствия из-за самокритичных автоматических мыслей.

Ситуация: *что-то делает*

↓

[Обычно] автоматическая мысль: *«Я все делаю ужасно. Мне уже давно нужно было это сделать. Еще так много осталось. Я не могу делать это так же хорошо, как раньше. Раньше это приносило больше удовольствия. Я не заслуживаю этого»*

↓

[Обычно] эмоциональные реакции: *грусть, вина, злость на себя*

↓

[Обычно] поведение: *прекращает деятельность; слишком многого от себя требует; не будет повторять эту деятельность в будущем*

Самокритичные мысли могут возникать непосредственно в ходе деятельности или после, когда пациент обдумывает результаты. Планируя повышение уровня активности, важно предугадать автоматические мысли, которые могут помешать пациенту начать действовать или снизить его удовольствие от деятельности при ее выполнении или после.

При лечении относительно «легких» пациентов вроде Салли нужно в первую очередь искать виды деятельности, которые потенциально могут помочь им почувствовать себя лучше, выявлять мешающие мысли и помогать пополнять повседневную жизнь занятиями, которые будут приятны и плодотворны. Для пациентов с тяжелыми случаями депрессии может потребоваться почасовое расписание действий на неделю, чтобы помочь им

противостоять пассивности и бездействию. Также некоторым пациентам полезно оценивать ощущение удовольствия и удовлетворения сразу после деятельности, чтобы понять, что увеличение активности и реагирование на дисфункциональное мышление улучшает настроение.

Самый простой и быстрый способ поведенческой активации пациента — разбор его типичного распорядка дня (см. с. 71–73). В обсуждении можно руководствоваться следующими вопросами.

- К каким видам деятельности пациент прибегает редко, тем самым лишая себя ощущения успеха (мастерства) и/или удовольствия? Это могут быть занятия, связанные с работой, учебой, семьей, друзьями, местным сообществом, волонтерством, спортом, хобби, физическими упражнениями, природой, духовностью, чувственными, интеллектуальными или культурными задачами.
- Можно ли сказать, что пациент достаточно часто испытывает ощущения удовлетворения и удовольствия? Может быть, он слишком загрузил себя делами, а потому не получает удовольствия от их выполнения? Или он избегает занятий, которые, как ему кажется, слишком сложны, и теряет возможность реализовать свои способности?
- Какими видами деятельности пациент владеет хуже всего и/или какие приносят ему меньше всего удовольствия? Являются ли эти действия по сути своей дисфорическими, как, например, длительное пребывание в кровати? Нужно ли уменьшить их количество? Или же из-за депрессивного мышления у пациента пониженное настроение даже тогда, когда он занимается приятными для него видами деятельности?

Ниже приведена стенограмма моей беседы с Салли, в которой мы обсуждаем ее распорядок дня. Я также подкрепляю выводы девушки о том, что ей следует тщательнее планировать время, и поддерживаю ее в намерении внести в свой образ жизни изменения. Я выявляю мысли, которые могут помешать воплотить эти изменения в жизнь, называю их предсказаниями, которые можно проверить; предлагаю ей выбрать домашнее задание и объясняю, как правильно себя хвалить.

Т. Что бросается в глаза, когда вы думаете о своем обычном распорядке дня? Какие виды деятельности изменились, например, по сравнению с прошлым годом, когда у вас не было депрессии?

П. Ну, я провожу много времени в кровати.
Т. И когда вы просто лежите, вы чувствуете себя лучше? Когда встаете, вы свежи и полны энергии?
П. (*Думает.*) Нет... скорее, нет. Обычно я слабая и грустная, когда встаю.
Т. Это полезная информация. (*Проводит психологическое просвещение.*) Многие люди, находясь в депрессии, думают, что почувствуют себя лучше, если останутся в кровати. Однако обычно оказывается, что на самом деле практически *все что угодно* лучше этого... А что еще изменилось?
П. В прошлом семестре я часто гуляла с друзьями, просто проводила с ними время. Теперь я выхожу из своей комнаты только на учебу, в библиотеку, в столовую, а потом возвращаюсь.
Т. Может быть, исходя из этого вы сформулируете, что можно изменить на следующей неделе?
П. Да, пожалуй, я бы хотела проводить больше времени с другими людьми. Но мне просто не хватает на это сил.
Т. И поэтому вы остаетесь лежать в кровати?
П. Да.
Т. Это очень интересная мысль: «У меня нет сил, чтобы проводить время с другими людьми». Давайте запишем ее. (*Узнает, готова ли пациентка провести поведенческий эксперимент.*) Как вы смотрите на то, чтобы проверить, действительно ли эта идея отражает реальность?
П. Думаю, я могла бы запланировать встречу с друзьями и посмотреть, получится ли у меня.
Т. (*Старается мотивировать Салли на реализацию идеи.*) И чем такой эксперимент может быть вам полезен?
П. Возможно, я почувствую себя лучше.

По тону голоса Салли я понимаю, что она не хочет проводить эксперимент. Я предполагаю, что это может быть связано с автоматическими мыслями.



Чтобы понять, с какой автоматической мыслью мы имеем дело, я задаю Салли прямой вопрос:

Т. А о чем вы прямо сейчас думаете?
П. Не знаю.
Т. (*Озвучивает мысль, противоположную той, которую ожидает выявить на самом деле.*) Может быть, вы подумали, как хорошо было бы провести время с друзьями?
П. Нет, скорее, я переживала о том, что друзья не захотят встретиться со мной.
Т. Хорошо. (*Подкрепляет когнитивную модель.*) Вы понимаете, как эта мысль может вам мешать общаться с ними?

Мысленно я предполагаю следующий сценарий:

**Ситуация:** *думает о том, чтобы пообщаться с друзьями*
↓
**Автоматическая мысль:** *«Они не захотят встретиться со мной»*
↓
**Эмоциональная реакция:** *грусть?*
↓
**Наиболее вероятная поведенческая реакция (если она не сможет правильно отреагировать на автоматическую мысль):** *остается дома*

Затем я узнаю, может ли Салли сама придумать ответ на эту мысль. У нее это не получается, и я помогаю ей оценить достоверность мысли и придумать поведенческий эксперимент.

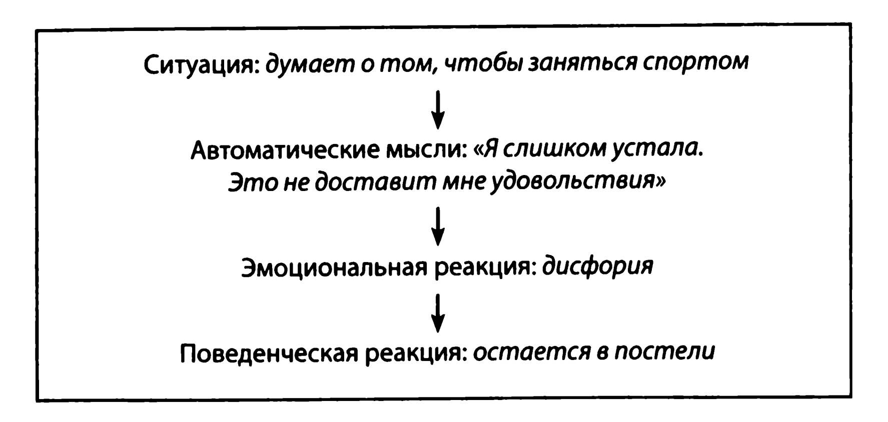
Т. Как можно было бы ответить на такую мысль?
П. ...Я не знаю.
Т. У вас есть какие-либо доказательства того, что друзья не захотят встретиться с вами?
П. Вообще-то нет, просто они могут быть заняты... Ну и со мной не особенно весело в последнее время.
Т. Они говорили вам об этом?
П. Нет...
Т. У вас есть какие-либо доказательства обратного: что, возможно, они хотели бы встретиться с вами?

П. (*Думает.*) Ну, сегодня Эмили предложила мне с ней пообедать, но я не смогла.
Т. Хорошо, подходит. А как бы вы могли проверить, хочет ли Эмили и другие ребята общаться с вами или нет?
П. Думаю, я могла бы предложить вместе поужинать или что-то подобное.

Затем я задаю несколько вопросов, которые помогают так провести поведенческий эксперимент, чтобы шансы на его позитивный исход были максимально велики.

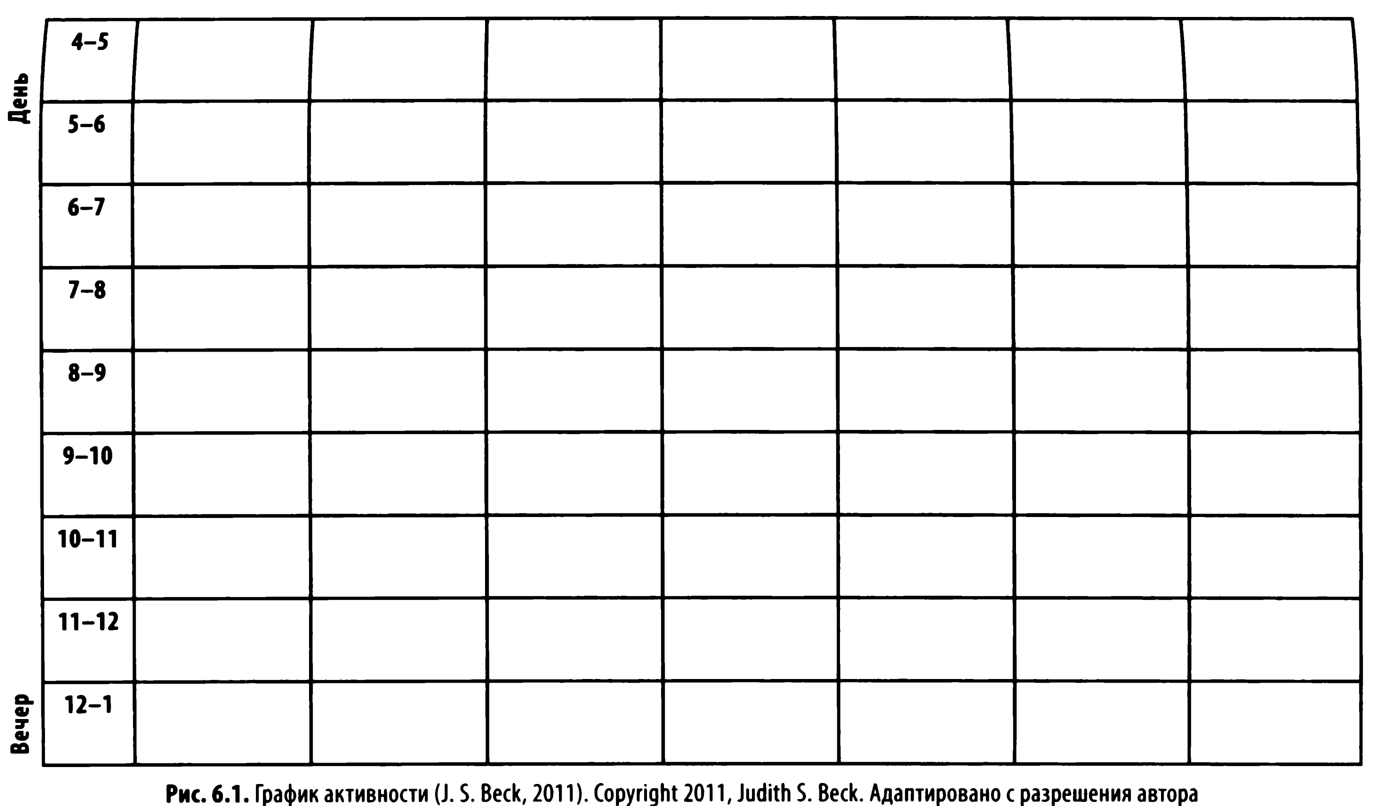
Т. Кого вам было бы проще всего позвать? Эмили?
П. Нет, скорее Элисон и Джо.
Т. Хорошо. Тогда вы можете проверить два своих предсказания. Одно заключается в том, что ваши друзья не хотят с вами встречаться. Другое, что вы чувствуете себя слишком уставшей, чтобы проводить время с ними. Согласны?
П. Да.
Т. (*Старается повысить вероятность того, что Салли реализует задуманное.*) Как думаете, каковы шансы, что вы действительно пригласите встретиться Эллисон и Джо или еще кого-то?
П. (*Уверенным голосом.*) Я точно это сделаю.
Т. (*Понимает, что Салли действительно осуществит задуманное сегодня.*) Как думаете, вы сможете позвать их прямо сегодня?
П. Наверное, смогу. Я могу послать им СМС сразу после сессии.
Т. (*Дает положительное подкрепление.*) Отлично! Тогда, если все получится, вы попробуете больше общаться с друзьями всю оставшуюся неделю? Как думаете?
П. Да, попробую.
Т. (*Предполагает, что Салли отменит встречу, если у нее будет слишком плохое настроение.*) Может быть, поговорим о том, что вы можете сказать друзьям о своей депрессии? Или о том, как добавить в разговор другие, более оптимистичные темы, чтобы вы не беседовали только о грустном?
П. Нет, не стоит. Они знают, что у меня уже давно плохое настроение. Они поддерживают меня.
Т. Хорошо... (*Предполагает, что Салли почувствует себя хуже, если друзья откажутся встречаться.*) А если друзья скажут, что не могут встретиться с вами, как думаете, важно ли будет напомнить себе, что, возможно, дело в их занятости? И отказ вовсе не значит, что они не хотят проводить с вами время?

П. Да.
Т. Может, я это запишу?
П. (*Кивает.*)
Т. (*Записывает.*) «Если они откажутся, скорее всего, им хотелось бы встретиться со мной, но они просто слишком заняты» (*пауза*). Хорошо. А теперь давай вернемся к вашему распорядку дня. Как думаете, вам нужно в нем что-то изменить?
П. Наверное, я слишком много смотрю телевизор.
Т. Может, вам хотелось бы на следующей неделе изменить что-то еще?
П. Даже не знаю.
Т. Насколько я понимаю, вы не много времени уделяете физическим упражнениям, правильно?
П. Да. Раньше я бегала каждое утро или плавала.
Т. А что мешает вам делать это в последнее время?
П. Да все то же самое. Я слишком устаю. Не думаю, что бег или плавание доставят мне удовольствие.




Т. Вы бы хотели запланировать больше физической активности: например, выйти на короткую пробежку или пару раз поплавать на следующей неделе?
П. Можно.
Т. Какова вероятность того, что вы запланируете встречу с друзьями и бег или плавание — по крайней мере, три раза на следующей неделе?
П. О, я обязательно это сделаю.
Т. Может быть, нам стоит занести этот пункт в график активности (см. рис. 6.1) — это увеличит вероятность того, что вы это сделаете?
П. Нет, не нужно. Я и так это сделаю.

| | | ПН | ВТ | СР | ЧТ | ПТ | СБ | ВС |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Утро | 6–7 | | | | | | | |
| | 7–8 | | | | | | | |
| | 8–9 | | | | | | | |
| | 9–10 | | | | | | | |
| | 10–11 | | | | | | | |
| | 11–12 | | | | | | | |
| День | 12–1 | | | | | | | |
| | 1–2 | | | | | | | |
| | 2–3 | | | | | | | |
| | 3–4 | | | | | | | |



| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| День | 4–5 | | | | | | | |
| | 5–6 | | | | | | | |
| | 6–7 | | | | | | | |
| | 7–8 | | | | | | | |
| | 8–9 | | | | | | | |
| | 9–10 | | | | | | | |
| | 10–11 | | | | | | | |
| | 11–12 | | | | | | | |
| Вечер | 12–1 | | | | | | | |

**Рис. 6.1.** График активности (J. S. Beck, 2011). Copyright 2011, Judith S. Beck. Адаптировано с разрешения автора

Т. Еще кое-что. Как думаете, можете ли вы хвалить себя каждый раз, когда сделаете что-то из этого списка? Например, вы можете говорить себе: «Отлично. Я это сделала!»
П. (*Смотрит недоуменно.*) Вы предлагаете мне хвалить себя каждый раз, когда я запланирую что-то с друзьями?
Т. Именно так. (*Проводит психологическое просвещение.*) Когда люди находятся в депрессии, им сложно дается даже то, что раньше было легко делать. Позвонить другу или просто выйти на пробежку — это очень важные действия на пути преодоления депрессии. Эти действия дадут вам больше энергии, чем лежание в кровати. Поэтому — да, конечно же, вам нужно себя за них хвалить.
П. Но это всегда было легко делать.
Т. Когда у вас нет депрессии, не нужно себя хвалить. Но если эти действия сейчас сопряжены даже с минимальными трудностями, вы *заслуживаете* похвалы. Она поможет вам не забыть, что вы делаете важные шаги к выздоровлению.
П. Хорошо.
Т. На самом деле мне бы хотелось, чтобы вы хвалили себя за любое действие: за то, что не спите днем, не смотрите телевизор и не сидите в интернете (на с. 304–306 подробнее описано, как правильно себя хвалить).

В приведенной части беседы я предлагаю Салли сделать выводы о том, как проходят ее дни. Одним пациентам нужно больше подсказок, чем другим (например: «Вы когда-нибудь обращали внимание, сколько времени проводите в постели? С каким настроением вы встаете — замечали существенные улучшения эмоционального состояния? Как вы думаете, что можно изменить в вашем режиме дня на этой неделе?»). Я подталкиваю Салли принять решение об изменении распорядка дня и выявляю автоматические мысли, которые могут этому помешать. Затем я предлагаю поведенческие эксперименты, которые проверят достоверность ее негативных предсказаний. Также я прошу ее хвалить себя за любое активное действие.

**В.** А что, если... пациенты уверены, что стать активнее не смогут или что увеличение активности не улучшит их настроение?

**О.** С такими пациентами можно вести просветительскую работу и организовывать поведенческие эксперименты, чтобы они могли проверять свои мысли, а также использовать график активности, как это показано ниже.

Т. (*Резюмирует обсуждение типичного распорядка дня пациента.*) Итак, судя по всему, вы сильно снизили уровень своей активности, когда в вашу жизнь пришла депрессия.

П. Да, у меня очень мало сил. Я просто лежу дома большую часть времени.

Т. И каким в такие дни бывает ваше настроение?

П. Мне плохо. Я все время подавлен.

Т. И что, на ваш взгляд, произойдет, если вы продолжите лежать дома?

П. Не знаю. Наверное, ничего.

Т. То есть депрессия никуда не уйдет?

П. Наверное.

Т. А как вы смотрите на то, чтобы попробовать улучшить распорядок дня, запланировать какие-то действия, которые доставят вам удовольствие: например, позвонить друзьям или выйти на прогулку?

П. Не думаю, что это поможет. К тому же я все время так устаю. Думаю, мне нужно просто подождать, пока я не почувствую себя лучше.

Т. Знаете, многие пациенты с депрессией рассуждают именно так. Но исследования показывают, что на самом деле все происходит ровно наоборот. Люди выходят из депрессии после того, как начинают проявлять больше активности — они чувствуют себя лучше *после* этого.

П. Хм...

Т. Может быть, проведете на этой неделе эксперимент: проверите, действительно ли у вас нет сил на активные действия? И то, как увеличение активности скажется на вашем настроении?

П. Можно попробовать.

Т. Что ж, давайте посмотрим. (*Показывает уровни энергии, которую требуется затратить для разных видов деятельности.*) Что, на ваш взгляд, точно будет слишком сложно сделать? Выйти на пробежку? Расписать задачи на весь день по часам? Навести порядок в квартире?

П. Да, ничего из этого я сделать не могу.

Т. То есть нам нужно выбрать что-то намного легче, какие-то действия, не требующие большого вложения сил?

П. (*Вздыхает.*) Можно сходить в библиотеку. Вернуть просроченную книгу. Может, взять какие-нибудь DVD.

Т. (*Дает позитивное подкрепление.*) Отличная идея! А что еще вы могли бы сделать?

П. Не знаю.

Т. Как думаете, можно ли придумать по несколько задач на каждый день — чтобы выполнение каждой из них не занимало больше 10 минут?

П. Думаю, можно.

Т. Хорошо.

Терапевт помогает пациенту найти конкретные задачи и обращает его внимание на другие виды деятельности, а затем предлагает ему воспользоваться графиком активности.

Т. Все это очень полезные виды деятельности (*достает график активности, изображенный на рис. 6.2*). Теперь мне бы хотелось вместе с вами понять, когда вы сможете все это сделать. Вы не против, если я буду записывать их в этот график?

П. Нет.

Т. (*Смотрит на описание типичного дня пациента.*) Итак, вы обычно просыпаетесь в 11:00–11:30. Может быть, попробуете вставать на час раньше: в 10:00–10:30?

П. Да, можно попробовать.

Т. Что было бы хорошо сделать после того, как вы встанете?

П. Наверное, принять душ. Одеться. Позавтракать.

Т. И это будет отличаться от того, что вы делаете обычно?

П. Да, иногда я весь день не снимаю пижаму.

Т. Тогда предлагаю записать: «Встать, принять душ, одеться» в графе возле 10 часов. А затем записать: «Позавтракать» в графе возле 11 часов [см. рис. 6.2].

П. Хорошо (*записывает.*)

Т. Что ж, а чем стоило бы заняться после завтрака? Может быть, помыть за собой посуду?

П. Да, пожалуй. Я просто оставляю ее в раковине. На кухне беспорядок.

| | | ПН | ВТ | СР | ЧТ | ПТ | СБ | ВС |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Утро | 6–7 | Сон | | | | | | |
| | 7–8 | Сон | | | | | | |
| | 8–9 | Сон | | | | | | |
| | 9–10 | Сон | | | | | | |
| | 10–11 | Встать, принять душ, переодеться | | | | | | |
| | 11–12 | Позавтракать<br>10 минут убираться на кухне | | | | | | |
| | 12–1 | Телевизор<br>Газета | | | | | | |
| День | 1–2 | Выполнять задачи или пройтись по магазинам | | | | | | |
| | 2–3 | Отдохнуть | | | | | | |
| | 3–4 | Телевизор<br>Обед<br>10 минут убираться на кухне | | | | | | |
| | 4–5 | Позвонить сестре<br>10 минут на стирку | | | | | | |

**Рис. 6.2.** Исходный (частично заполненный) график активности для пациентов с тяжелыми формами депрессии (J. S. Beck, 2011).

| | | ПН | ВТ | СР | ЧТ | ПТ | СБ | ВС |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5–6 | Телевизор<br>Погулять | | | | | | |
| | 6–7 | Отдохнуть<br>10 минут на стирку | | | | | | |
| | 7–8 | Ужин<br>10 минут убираться на кухне | | | | | | |
| | 8–9 | Позвонить Джонатану<br>Проверить почту | | | | | | |
| Вечер | 9–10 | YouTube<br>Посидеть в интернете | | | | | | |
| | 10–11 | Почитать | | | | | | |
| | 11–12 | Лечь в постель<br>Сон | | | | | | |
| | 12–1 | Сон | | | | | | |

Окончание рис. 6.2

Т. Тогда, может быть, выделим 10 минут на мытье посуды и уборку кухни? Не нужно убирать все сразу.

П. (*Облегченно вздыхает.*) Хорошо.

Т. А что после посуды? Может быть, вам захочется сделать перерыв, посмотреть телевизор, почитать газету или посидеть в интернете, как вы обычно делаете?

П. Да, было бы хорошо.

Т. Хорошо. Тогда в графе возле 11 часов давайте запишем: «10 минут посвятить уборке кухни», а возле 12 часов — «Телевизор, газета или интернет».

Терапевт и пациент продолжают в том же духе до тех пор, пока полностью не распишут следующий день. В последнее время активность пациента была очень низкой, поэтому терапевт старается не создать у него впечатления переполненного делами расписания. Итоговый график состоит из коротких периодов активности, перемежающихся более длинными периодами отдыха или свободного времени. Терапевт также предлагает пациенту хвалить себя каждый раз, когда удастся следовать расписанию. Затем терапевт спрашивает, готов ли пациент следовать такому расписанию каждый день. Вместе они пишут список заданий, которые пациент потенциально может выполнить дома, кому он может позвонить и куда пойти.

На следующей сессии терапевт проверяет, насколько пациенту удалось придерживаться составленного расписания. Пациента нужно спросить о его предыдущих ожиданиях: действительно ли он был слишком уставшим, чтобы выполнять эти задачи, и изменилось ли его настроение. Когда пациент поймет, что его автоматические мысли не соответствовали реальности, повысится его мотивация к более раннему подъему и выполнению продуктивных и приятных дел.

**В.** А что, если... пациент не сможет придумать приятных для него видов деятельности?

**О.** Существуют разнообразные списки, которые могут помочь пациентам в выборе деятельности (Frisch, 2005; MacPhillamy and Lewinsohn, 1982), — их можно найти по ссылке *www.healthnet-solutions.com/dsp/PleasantEventsSchedule.pdf*. При работе с подобными списками полезно формировать определенные рамки для пациента, например: «Какие

пять или десять дел из этого списка могли бы принести вам больше всего приятных эмоций?» Если пациент не хочет выбирать, следует напомнить, что «постельный режим» точно не улучшит его настроение, а скорее даже ухудшит. Затем узнайте мнение пациента: считает ли он, что конкретные занятия ухудшат его настроение сильнее, чем лежание в постели. Если он так не считает, предложите ему внести эти занятия в график. Если пациент выражает согласие с этим утверждением, предложите ему провести поведенческий эксперимент и проверить, оправдаются ли ожидания.

**В.** А что, если... у пациента и без того много или даже слишком много дел?

**О.** Если пациент активен в течение дня, возможно, расширять график активности не нужно. Однако его текущий распорядок дня может оказаться несбалансированным: тогда нужно будет добавить в него время на отдых и/или увеличить количество приятных и/или приносящих удовлетворение видов деятельности. Если в расписании пациента слишком много дел, возможно, ему требуется снизить уровень активности (и точно так же хвалить себя за изменение расписания). В любом случае, если пациент не получает удовольствия и удовлетворения от текущих видов деятельности, нужно помочь ему научиться реагировать на дисфункциональные когниции. Вероятнее всего, нужно будет поработать с автоматическими мыслями, мешающими изменить текущий образ жизни.

**В.** А что, если... пациент скажет, что изменение активности никак не повлияло на его настроение?

**О.** За исключением очень тяжелых форм депрессии, обычно пациенты ощущают разницу в самочувствии. Однако эти колебания могут быть малозаметными — пациент может их просто не запомнить. В таком случае полезно научить пациента оценивать удовлетворенность по 10-балльной шкале, а также оценивать настроение сразу же после выполнения какого-либо действия, как описано в примере ниже.

Т. (*Заканчивает проверку домашнего задания.*) Итак, на этой неделе вам многое удалось сделать. Мы предполагали, что ваше настроение улучшится, но этого не произошло? Ваше настроение не менялось вне зависимости от того, что вы делали?

П. Да.

Т. Я могу предложить два объяснения. Во-первых, вам могли помешать автоматические мысли. И/или во-вторых, возможно, небольшие изменения настроения все же были, но вы либо их не заметили, либо не запомнили.

П. Не знаю.

Затем терапевт выявляет, какие мысли были у пациента во время выполнения разных видов деятельности, и помогает найти для них правильную реакцию — скорее всего, на будущей неделе эти мысли появятся снова. Затем терапевт проверяет, действительно ли пациент хвалил себя, когда выполнял поставленные задачи. Затем они решают, что пациенту нужно также оценивать свою удовлетворенность от выполнения различных действий.

Т. Давайте сначала составим шкалу удовольствия, которую вы будете использовать для оценки своих действий (см. рис. 6.3). Возьмем шкалу от 0 до 10 баллов — каким действиям вы могли бы присвоить 10 баллов? Что приносит вам сильное удовольствие — или могло бы принести?

П. Думаю, сильное удовольствие я получил, когда участвовал в чемпионате [футбольном].

Т. Хорошо, рядом с 10 баллами напишем: «Игра в футбол».

П. (*Записывает.*)

Т. А чему бы вы присвоили 0 баллов? Какие занятия вообще не приносят вам удовольствия?

П. Ссоры с супругой, например.

Т. Хорошо, запишите это рядом с 0 баллов.

П. (*Записывает.*)

Т. А что можно было бы поместить между ними?

П. Наверное... ужин с братом.

Т. Хорошо, это и запишите.

Если пациенту легко выразить виды деятельности в баллах, то этих трех пунктов достаточно, хотя по желанию пациент может расширить список. Если же пациенту сложно оценить свой опыт таким образом, можно предложить ему описательные критерии: «низкий уровень»,

«средний уровень», «высокий уровень». После создания рейтинга удовольствия по аналогии нужно составить рейтинг удовлетворенности. Затем терапевту нужно предложить использовать составленный рейтинг для оценки сегодняшних действий.

| | **Удовольствие** | **Удовлетворенность** |
|---|---|---|
| 10 | Игра в футбол | Строительство террасы |
| 5 | Ужин с братом | Уборка листьев в прошлом году |
| 0 | Ссора с супругой | Возврат чека из-за недостаточных средств на счете |

**Рис. 6.3.** Рейтинг удовольствия и удовлетворенности

Т. Хорошо. А теперь давайте составим распорядок дня на сегодня. В блоке рядом с пометкой «11 часов» напишите «Терапия», а ниже: «Удов. = ____________» и «Удовл. = ____________». Теперь предлагаю вам оценить, насколько вы удовлетворены достигнутым на сегодняшней сессии?

П. Я бы дал где-то 3 балла.

Т. А как насчет удовольствия?

П. Где-то на двоечку (*заполняет соответствующие графы*).

Т. А что вы делали за час до терапии?

П. Зашел в книжный магазин.

Т. Хорошо. Запишите «книжный магазин» в блоке рядом с пометкой «10 часов». А теперь снова взгляните на рейтинг: насколько удовлетворенным вы себя тогда чувствовали?

П. Может быть, я бы дал 2 или 3 балла (*записывает*). Я нашел книгу, которую хотел купить.

Т. А как насчет удовольствия?

П. Вообще никак.

Т. То есть в книжном магазине вы чувствовали себя так же, как во время ссоры с супругой?

П. Ну нет. То есть, наверное, все-таки можно поставить 2 балла.

Т. Обратите внимание, как интересно получилось. Вы сразу сказали, что не получили вообще никакого удовольствия. Скорее всего, депрессия влияет на способность замечать, а может, и вспоминать приятные действия. Вот почему я думаю, что вам стоит использовать этот рейтинг на протяжении следующей недели. Он поможет осознать, что одни действия все же приятнее, чем другие (*пауза*). Вы понимаете, что нужно будет делать?

П. Да.

Т. Как бы вы сами сформулировали, зачем тратить время на это задание?

П. Ну, похоже, что, как вы говорите, мое настроение все-таки немного меняется в зависимости от того, что я делаю.

Т. А вы сами как думаете?

П. Думаю, возможно, так и есть.

Т. Если это подтвердится, то на следующей неделе мы сможем составить вам расписание таким образом, чтобы в него попало больше действий, после которых вы чувствуете себя лучше. В идеале вам нужно заполнять этот рейтинг сразу после того, как вы закончили что-то делать, — так вы не забудете, что делали и как себя чувствовали, и рейтинг получится более точным. Если у вас не получится делать записи сразу, сможете вы сделать это, например, за обедом, ужином и перед отходом ко сну?

П. Да, это должно быть не сложно.

Т. Больше всего информации мы соберем, если вы будете заполнять его каждый день. Но даже если вам удастся составить рейтинг только на два дня, это тоже будет полезно. И последнее. Я предлагаю вам просмотреть получившийся рейтинг перед нашей следующей сессией. Может быть, вы заметите какие-то закономерности, что-то полезное. Если хотите, можете записать свои выводы на обратной стороне листа. Хорошо?

П. Хорошо.

## Использование графика активности для оценки точности предсказаний пациентов

Если пациент не верит, что составление графика активности ему поможет, предложите дополнить график *предсказаниями* об уровне удовлетворенности и удовольствия, которое пациент ожидает получить, или уровне настроения. Затем эти предсказания можно будет сравнить с реальными оценками, которые пациент также запишет. Подобные сравнения могут стать полезным источником информации о реальном положении дел.

Т. Давайте посмотрим на ваши предсказания на первом графике активности и сравним их с тем, как в действительности обстояли дела, — на втором.
П. (*Кивает.*)
Т. Что ж, посмотрим... Как видите, вы предполагали, что показатели будут очень низкие: давали всего 0–3 балла каждый раз, когда планировали встретиться с друзьями. А как было *на самом деле*?
П. На самом деле я провела время лучше, чем ожидала: в графе «удовольствие» я поставила от 3 до 5 баллов.
Т. И о чем это говорит?
П. Наверное, что я не так уж точно предсказываю будущее. Я думала, что мне не понравится, — но в итоге получила удовольствие. По крайней мере, в какой-то степени.
Т. А хотелось бы вам запланировать больше социальной активности на следующую неделю?
П. Да, стоило бы.
Т. Хорошо. Понимаете, что могло происходить — и что, собственно говоря, происходило до тех пор, пока вы не пришли на терапию? Вы предсказывали, что с друзьями вам будет плохо, а потому ничего не планировали и даже отказывались от их приглашений. А домашнее задание помогло вам проверить негативные мысли. Оказалось, что с друзьями вам вовсе не так плохо, и теперь, судя по всему, вы не отказались бы провести с ними еще больше времени. Правильно?
П. Да. Но еще я сейчас вспомнила об одном предсказании, которое оказалось неправильным, потому что в реальности чувствовала себя еще хуже, чем ожидала. Я хотела это обсудить.
Т. Хорошо, давайте обсудим. Что именно произошло?
П. Я представляла, что получу удовлетворение и удовольствие на 4 балла, когда выйду на пробежку на выходных. Но в итоге и там и там поставила 1.

Т. Как думаете, почему так получилось?
П. Не знаю.
Т. Как вы чувствовали себя, когда бежали?
П. В основном я была расстроена.
Т. А о чем вы думали?
П. Не знаю. Я не очень хорошо себя чувствовала. Очень быстро запыхалась. Я удивилась, сложно было бежать.
Т. Вы думали что-то вроде: «Я плохо себя чувствую», «У меня не хватает дыхания», «Это слишком сложно»?
П. Да, наверное.
Т. Может быть, что-то еще?
П. Я вспоминала, как бегала раньше. Спокойно пробегала несколько километров, и у меня даже не сбивалось дыхание.
Т. У вас сохранилось четкое воспоминание, образ того, как это было?
П. Да. Было легко. А сейчас я в очень плохой форме. И наверстать упущенное будет сложно. Я сомневаюсь, что мне *вообще когда-нибудь* удастся вернуть себе прежнюю форму.
Т. Хорошо. Хочу уточнить, все ли я правильно понимаю. (*Обобщает.*) В прошлую нашу встречу вы думали, что испытаете умеренное удовольствие и удовлетворенность, когда начнете бегать. Но вместо этого вы почти их не испытали. Судя по всему, у вас сохранилось воспоминание о том, как было раньше, и теперь вам помешали мысли: «Это слишком сложно», «У меня не хватает дыхания», «Раньше бег давался мне легко» и «Теперь я в очень плохой форме». И из-за этих мыслей вы расстроились. Правильно?
П. Да.

В последней части этой беседы терапевт использует график активности для выявления автоматических мыслей, которые мешали пациенту наслаждаться определенными видами деятельности. Затем терапевт:

1. Помогает пациенту оценить главную когницию «Возможно, мне не удастся вернуть себе прежнюю форму».
2. Учит его сравнивать себя с тем, каким он был в худшие моменты, а не в лучшие, чтобы пациент мог радоваться тому, что, наконец, вышел на пробежку, и не критиковать себя.

Поведенческая активация крайне важна практически для всех пациентов, страдающих депрессией. Терапевт помогает пациентам найти мотивацию, выбрать виды деятельности и составить их график, а также выбрать реакцию

на автоматические мысли, которые могут помешать осуществить выбранную деятельность и получить от нее удовлетворение и удовольствие. Терапевту приходится быть мягким, но настойчивым, помогать пациентам вести себя активнее. Пациентам с изначально низким уровнем активности пойдет на пользу, если они научатся планировать свои дела на каждый день и придерживаться плана. Пациентам, которые скептически относятся к планированию активности, будет полезно провести поведенческие эксперименты для проверки своих представлений и/или протестировать автоматические мысли на достоверность, сравнив предсказания с реальностью.

# Вторая и последующие сессии: структура и формат

Вторая и последующие сессии имеют один формат. В данной главе мы подробно его разберем, а также сформулируем общее направление терапии, начиная со второй сессии и практически до завершения. Финальный этап лечения описан в главе 18, а типичные проблемы, возникающие при социализации пациента в терапию на ранних сессиях, — в главе 8.

Стандартный план второй и последующих сессий выглядит следующим образом.

**Вводная часть сессии**

1. Оценить настроение пациента.
2. Обсудить повестку дня.
3. Узнать, что изменилось за прошедшую неделю.
4. Проверить домашнее задание.
5. Составить повестку дня.

**Основная часть сессии**

6. Проработать конкретную проблему и в ее контексте разобрать когнитивно-поведенческие навыки с пациентом.
7. Дополнительно обсудить и совместно сформулировать важные домашние задания.
8. Проработать вторую проблему.

**Завершение сессии**

9. Подвести итог или помочь пациенту это сделать.
10. Уточнить домашнее задание.
11. Получить обратную связь.

Если такой формат вам внове, скопируйте эту схему и первое время держите ее под рукой. Вы можете показывать ее (или ее упрощенную версию) пациентам, чтобы они лучше представляли, как организован процесс лечения, и чтобы вы оба могли видеть, на каком этапе сессии находитесь.

Ваша цель на второй сессии — помочь пациенту идентифицировать проблемы, проработка которых на данный момент наиболее актуальна для пациента. В контексте решения проблем вы поможете пациенту освоить нужные навыки (в частности, выявление автоматических мыслей и правильное реагирование на них, а для большинства пациентов с депрессией также составление плана действий). Вы также продолжите социализировать пациента в когнитивно-поведенческую терапию, соблюдая формат сессий, работая совместно, получая обратную связь и оценивая его прошлое и настоящее с точки зрения когнитивной модели. Когда пациент почувствует себя лучше, вы сможете приступить к профилактике рецидивов (см. главу 18). И, конечно же, вы всегда будете заниматься укреплением терапевтического союза и уменьшением симптоматики пациента.

## Первая часть сессии

У вводной части сессии есть несколько конкретных целей:

- воссоздать раппорт;
- определить, в решении каких проблем пациенту требуется помощь;
- собрать данные, которые помогут выявить другие проблемные зоны, требующие внимания;
- проверить домашнее задание;
- выделить наиболее приоритетные проблемы в повестке дня.

Достигнуть этих целей проще, если перед сессией пациент мысленно или письменно ответит на вопросы из бланка подготовки к терапии (рис. 7.1).

### Проверка настроения (и медикаментозного лечения)

Проверка настроения обычно не занимает много времени, но помогает вам и вашим пациентам отслеживать их успехи. Если пациент вел список симптомов, просмотрите его и выявите проблемы, которые пациент ранее

не называл: например, мысли о самоубийстве, проблемы со сном, ощущение собственной бесполезности и вины, боязнь худшего исхода, усиление раздражительности и т. п. Возможно, будет важно коснуться одной из перечисленных проблем уже на этой сессии.

1. Что было наиболее важным на последней сессии? Что записано в моих заметках о терапии?
2. Каким было мое настроение по сравнению с предыдущими неделями?
3. Что случилось (хорошего и плохого) на этой неделе, о чем стоит рассказать терапевту?
4. В решении каких проблем мне требуется помощь? Как можно коротко их сформулировать?
5. Что я сделал из домашнего задания? (Если я чего-то не сделал, то что мне помешало?) Чему оно меня научило?

**Рис. 7.1.** Бланк подготовки к терапии

Кроме того, вы получите субъективное описание ситуации пациентом и сравните его с показателями объективных тестов. Если между ними будет несоответствие, обсудите это с пациентом (например, спросите его: «Вы говорите, что чувствовали себя хуже, но опросник показывает, что ваш уровень депрессии ниже, чем на прошлой неделе. Как вы думаете почему?»). Кроме того, вы можете быстро сравнить показатели объективных измерений с прошлой и с нынешней сессии (например: «Ваш уровень тревоги на этой неделе ниже, чем на прошлой. *Действительно ли* вы меньше тревожились?»). Кроме того, вам нужно убедиться, что пациент рассказывает не только об актуальном самочувствии, но и описывает всю прошедшую неделю. Обычно вторая сессия начинается так:

Т. Добрый день, Салли. Как вы чувствовали себя на прошедшей неделе?
П. Примерно так же, как и раньше. Я все еще очень подавленна. И стала чаще беспокоиться.
Т. Можно я взгляну на результаты опросников? Когда вы их заполняли, вы думали о неделе в целом или только о сегодняшнем дне?
П. О неделе в целом.
Т. Хорошо. Так, действительно похоже, что на этой неделе вы тревожились больше обычного. Нужно ли нам включить «тревогу» в сегодняшнюю повестку дня, чтобы несколько минут посвятить ее обсуждению?
П. (*Кивает.*)

Т. (*Показывает на шкалу депрессии Бека.*) Ваш показатель депрессии на этой неделе чуть ниже, чем на прошлой. Вы это чувствуете?
П. Да, пожалуй.
Т. Это хорошо.

**В.** А что, если... пациент начнет очень подробно описывать, как менялось его настроение?

**О.** Предложите ему давать более краткие описания. Например:

«Салли, извините, что перебиваю. Могли бы вы рассказать мне буквально в нескольких предложениях, как проявлялась ваша депрессия на этой неделе по сравнению с предыдущей? Чувствовали ли вы себя более, в такой же степени или менее подавленной?»

Составив общее представление о том, каким было настроение Салли на прошлой неделе, я обращаю отдельное внимание на ее вклад в произошедшие изменения. Я хочу, чтобы она осознала, какие позитивные действия она выполнила и какие адаптивные изменения произошли в ее мышлении.

Т. Почему, как вы думаете, вы чувствовали себя менее подавленной на этой неделе?
П. Думаю, я стала больше верить в то, что терапия поможет.
Т. (*Мягко подкрепляет когнитивную модель.*) То есть у вас были мысли вроде «Терапия поможет», благодаря которым вы почувствовали надежду, и подавленное настроение улучшилось?
П. Да... А еще Лиза — она со мной в одной группе по химии — предложила заниматься вместе. Вчера мы несколько часов изучали формулы. От этого я тоже почувствовала себя лучше.
Т. А что вы думали, пока вчера занимались?
П. Я думала, как рада, что она предложила мне заниматься вместе... так я намного лучше все понимаю.
Т. Получается, у нас есть два хороших объяснения тому, почему вы лучше чувствовали себя на неделе. Во-первых, у вас появились обнадеживающие мысли по поводу терапии. И во-вторых, вы *сделали* кое-что нетипичное для себя — позанимались с Лизой — и получили удовлетворение.
П. Да.
Т. Вы понимаете, как ваши мысли и действия повлияли на ваше самочувствие, причем повлияли позитивно?

Чтобы подкрепить ощущение самоэффективности и дальнейшие когнитивные и поведенческие изменения, я позитивно подкрепляю адаптивные изменения, которых добилась Салли:

Т. Просто прекрасно, что у вас появились обнадеживающие мысли о терапии и что вы сделали над собой усилие и позанимались с Лизой.

Если пациент чувствует себя лучше, но не может точно сказать, с чем это связано, спросите его: «Заметили ли вы какие-либо изменения в своих мыслях и действиях?»

**В.** А что, если... пациенты связывают изменения настроения с внешними факторами?

**О.** Пациенты часто говорят: «Я почувствовал себя лучше, потому что таблетки подействовали / мой директор заболел и не появлялся на работе / партнер вел себя лучше по отношению ко мне». В таком случае спросите: «Наверняка это сыграло роль, но не заметили ли вы, что сами стали *думать* и *действовать* по-другому?»

Аналогичным образом постарайтесь выяснить, какой вклад пациент привнес в ухудшение настроения, если оно произошло: «Как вы думаете, почему на этой неделе чувствовали себя хуже? Может ли это быть связано с тем, о чем вы думали, или с тем, что вы делали, или с тем, чего не делали?» Так вы будете ненавязчиво подкреплять когнитивную модель и показывать пациентам, что они могут контролировать свои чувства.

**В.** А что, если... пациент утверждает, что его настроение *ничто* не улучшит?

**О.** При работе с пациентами, которым свойственно подобное убеждение, полезно составить два списка — вещей, которые улучшают самочувствие, и вещей, которые его ухудшают. Вы можете включить это в повестку дня следующей сессии. График, выполненный по примеру рис. 7.2, может помочь убедить пациента в том, что он обладает по крайней мере минимальным контролем над собственным настроением. С помощью направляемого поиска вы можете помочь ему убедиться в том, что избегание, изоляция и пассивность обычно приводят к ухудшению настроения (или по крайней мере не улучшают его) — тогда как определенные виды деятельности (к которым обычно относится межличностное

взаимодействие или которые могут принести ощущение удовольствия и удовлетворения) позволяют добиться улучшения настроения, пусть поначалу и небольшого.

| **Вещи, благодаря которым я чувствую себя лучше** | **Вещи, из-за которых я чувствую себя хуже** |
|---|---|
| Ездить на велосипеде | Оставаться в кровати |
| Проверять электронную почту | Долго спать днем |
| Facebook | Слишком много смотреть телевизор |
| Встречаться с друзьями | Сидеть без дела |
| Возиться с машиной | |

**Рис. 7.2.** Список «лучше/хуже»

Быстрая проверка настроения решает целый ряд задач.

- Вы показываете, что вам небезразлично, как пациент чувствовал себя на протяжении прошедшей недели.
- Вы можете отслеживать прогресс по мере прохождения терапии вместе с пациентом.
- Вы можете выявлять (а затем подкреплять или модифицировать) объяснения прогресса или его отсутствия, даваемые пациентом.
- Вы также можете подкреплять когнитивную модель — в частности, то, как пациенты смотрят на ситуации и как поведение влияет на их настроение.

При оценке объективных измерений обязательно уделяйте внимание факторам, по которым можно судить о позитивных или негативных изменениях (например, изменении суицидальных мыслей или чувства безнадежности). В зависимости от диагноза и симптоматики пациента вы можете расспросить его дополнительно, чтобы получить информацию, не охваченную тестами (например, количество и степень выраженности панических атак, компульсивных действий, употребления психоактивных веществ, вспышек гнева, нанесения себе вреда, разрушительного поведения).

Если пациенты принимают лекарства как часть лечения психического расстройства, вы также можете быстро проверить, все ли они правильно делают,

есть ли какие-то трудности, вопросы, побочные эффекты. Вопрос о приеме лекарственного препарата должен содержать упоминание о частоте: не спрашивайте, «принимали ли вы лекарства на этой неделе», лучше спросите, *«сколько раз на этой неделе* вы принимали лекарство согласно инструкции?». (Подробнее о контроле за приемом лекарственных препаратов см. J. S. Beck, 2001.)

Если не вы назначали пациенту препараты, следует — с обязательного согласия пациента — периодически связываться с прописавшим их специалистом и обмениваться информацией. Вы не будете рекомендовать менять курс лечения, но можете помочь пациенту правильно реагировать на мысли, которые мешают принимать лекарства (или же, наоборот, мешают отказаться от их приема, когда это уже можно сделать). Если у пациента возникли вопросы, связанные с побочными эффектами, дозировкой, привыканием, альтернативными методами лечения или добавками, вы можете помочь ему их корректно сформулировать для врача. Если пациент ничего не принимает, но вы считаете, что лекарственная терапия принесла бы пользу, предложите пациенту проконсультироваться с врачом или психиатром.

## Определение исходной повестки дня

По завершении этой *короткой* части сессии вы должны сформулировать исходную повестку дня. Вы помогаете пациентам *перечислить проблемы*, в решении которых им требуется помощь. Вместо вопросов «О чем вам хотелось бы поговорить сегодня?» или «Что вы хотели бы добавить в повестку дня?» (которые могут направить обсуждение в не самое продуктивное русло), формулируйте вопрос с акцентом на решение проблем (до тех пор, пока пациент не привыкнет к такому подходу в повестке дня).

Т. Хорошо, Салли, а теперь скажите, в решении каких проблем вы хотели бы, чтобы я вам помогла сегодня? Можете мне их *назвать*?

П. Ну, у меня скоро экзамен по экономике, а я ничего не понимаю. И очень волнуюсь. Просто не могу сконцентрироваться. И не знаю, что сделать. Я пытаюсь снова и снова читать...

Т. (*Мягко прерывает — помогает пациенту привыкать коротко формулировать проблему, которая будет разобрана на сессии далее.*) Включим этот экзамен в повестку дня?

П. Да, обязательно.

Я не дала Салли полностью описать проблему на этом этапе, а мягко прервала ее, назвала проблему и предложила включить ее в повестку дня, чтобы обсудить через несколько минут. Если бы я позволила Салли углубиться в опи-

сание проблемы, *я бы не дала ей обдумать полный список проблем и определить приоритеты — о чем она действительно хочет поговорить на этой сессии.* А это вовсе не обязательно именно та проблема, которая первой пришла на ум. Далее я интересуюсь, есть ли другие темы, которые нужно включить в повестку дня.

Т. Есть ли еще какие-то проблемы, помощь в решении которых вам хотелось бы получить?
П. Ну, возникли трудности с моей соседкой по комнате. У нас такой разный распорядок дня. Она...
Т. (*Мягко прерывает.*) Может быть, назовем это «проблемы с соседкой»?
П. Да.
Т. Что-нибудь еще?
П. Не знаю.
Т. (*Пытается выяснить, есть ли другие проблемы, которые важнее обсудить на этой сессии, чем предыдущие две.*) Постарайтесь вспомнить, когда на этой неделе вы чувствовали себя хуже всего.
П. (*Думает.*) Наверное, когда готовилась к экзамену. И на занятиях.
Т. А в каких-то других случаях вам было так же плохо?
П. Нет, только из-за учебы.
Т. Запишем «учебу и занятия» в повестку дня?
П. Да, было бы неплохо.

Прежде чем продолжать обсуждение, я убеждаюсь, что пациент осознает возможность того, что всплывут другие важные проблемы:

Т. А есть ли какие-либо другие проблемы, которые, на ваш взгляд, могут возникнуть на будущей неделе?
П. Думаю, нет.

**В.** Что, если... пациентам сложно определиться с повесткой дня?

**О.** Как правило, сначала приходится предлагать пациентам пункты для составления повестки дня. Пациенты могут не полностью осознавать, что именно их беспокоит, и/или они могут сомневаться, можно ли выносить на обсуждение некоторые вопросы. В главе 8 описано, как вести себя с пациентами, у которых возникают подобные трудности.

## Изменения за прошедшую неделю

Следующая часть сессии поможет вам выстроить связь между предыдущей и текущей сессиями. Она включает в себя краткое ознакомление с событиями, которые произошли в жизни пациента в течение недели, —

в процессе вы будете внимательно отслеживать потенциальные проблемы, которые также стоит включить в повестку дня. Однако ваша первоочередная задача — получить представление о том, как прошла неделя пациента.

Т. Случилось ли на этой неделе что-то, о чем мне следовало бы знать?
П. (*Думает.*) Эммм... (*Вздыхает.*) Да, я проспала и пропустила занятие.
Т. (*Выясняет, достаточно ли эта проблема важна, чтобы быть включенной в повестку дня.*) Вы хотели бы обсудить эту проблему сегодня?
П. Нет, вряд ли. Я просто забыла поставить будильник.
Т. Хорошо, тогда, может быть, что-то еще?
П. Нет, ничего не могу вспомнить.

Затем вы собираете информацию о положительном опыте, полученном за прошедшую неделю:

Т. Хорошо. А теперь скажите, пожалуйста, что хорошего случилось с вами на прошлой неделе? Или, может быть, в каких ситуациях вы почувствовали себя чуточку лучше?
П. (*Думает.*) Думаю, бег помог. А еще я почувствовала себя лучше после того, как поговорила с мамой по телефону.
Т. Отлично. Может быть, вспомните еще что-то хорошее?

Когда вы просите пациентов вспомнить положительные моменты, им проще осознать, что их дистресс не был постоянным в течение недели: когда-то он усиливался, но когда-то и ослабевал. Далее вы используете эту информацию, особенно когда будете помогать пациенту планировать возможные активности или оценивать валидность автоматических мыслей и убеждений. Фокус на положительных моментах также помогает пациентам вернуться к более продуктивному образу мыслей и в будущем лучше справляться с решением проблем. Следует кратко оговорить эти моменты, сразу же или чуть позже — это способствует улучшению его настроения и покажет, что он вам интересен, усиливая тем самым терапевтический союз.

## Обсуждение домашнего задания

Затем следует выяснить, насколько пациент справился с домашним заданием. (В главе 17 эта часть сессии описана более подробно.) Проверка домашнего задания крайне важна — без нее пациенты постепенно перестанут его выполнять. Чаще всего на обсуждение домашнего задания уходит мало времени; но иногда оно может стать важной частью сессии — если будет связано с проблемами, попавшими в повестку дня. Искусство психотера-

пии отчасти заключается в определении того, сколько времени выделить на разбор домашнего задания, а сколько — на обсуждение проблем, помощь в решении которых пациент хочет получить.

Как правило, пациента просят зачитать вслух задания из списка (см., например, с. 90). Затем им предлагают оценить, насколько они в данный момент доверяют адаптивным утверждениям, ответам на автоматические мысли и убеждениям, которые обсуждались на предыдущих встречах. Вам нужно узнать, какие поведенческие задания пациенту удалось выполнить и чему он научился. Вы также обсудите, какие задания будет полезно продолжить выполнять на следующей неделе. Если какой-либо пункт домашнего задания (выполненный либо невыполненный) потребует более подробного разбора, обсудите с пациентом, следует ли разобрать его позже, и возвращайтесь к проверке остальных заданий.

Т. Теперь предлагаю обсудить ваше домашнее задание. У вас сохранились записи с прошлой недели?

П. Да. (*Достает листок с записями* [рис. 5.1, с. 90], *терапевт тоже достает свои записи.*)

Т. Отлично. Давайте пройдемся по ним?

П. Конечно.

Т. Удалось ли вам перечитывать их два раза в день?

П. В общем-то да. Думаю, я пропустила только один или два дня.

Т. Зачитайте, пожалуйста, первый пункт.

П. (*Читает вслух.*) «Если я начну думать, что я ленивая и ни на что не гожусь, мне нужно напомнить себе, что я болею; моя болезнь называется депрессией, и из-за нее мне многое сложно делать. Я буду проходить терапию, депрессия уменьшится, и мне станет легче».

Т. Насколько вы убеждены в этом высказывании прямо сейчас?

П. Думаю, оно верно.

Т. Хорошо. (*Переходит к следующему пункту.*) Вы придумали еще какие-нибудь цели?

П. Нет.

Т. Ладно. Если придумаете, дайте мне знать. (*Переходит к третьему пункту.*) Получилось ли у вас отслеживать автоматические мысли, когда настроение менялось?

П. Я пыталась, но мне кажется, я не всегда могу вспомнить, о чем подумала.

Т. Это нормально. Мы будем говорить об автоматических мыслях на каждой сессии. Удалось ли вам обнаружить *хотя бы какие-нибудь* автоматические мысли, связанные со сменой настроения?

П. Думаю да, но я их не записывала.
Т. А в какой ситуации они возникли?
П. Я сидела на занятии и вдруг очень разволновалась.
Т. И о чем вы в тот момент думали?
П. Я думала, что скоро будет экзамен и я не смогу к нему подготовиться.
Т. Хорошо. Дайте-ка я это запишу. Вернемся к этой мысли через несколько минут, когда перейдем к обсуждению экзамена?
П. Хорошо.
Т. Были ли еще какие-то автоматические мысли, которые вы осознали на этой неделе?
П. Нет.
Т. То есть у вас не было возможности напомнить себе, что ваши мысли не обязательно отражают реальное положение вещей?
П. Кивает.
Т. А что вы думаете об этом утверждении сейчас?
П. Думаю, оно верно. Так написано в буклете «Справиться с депрессией».
Т. А встречались ли вы на этой неделе с Элисон и Джо и другими людьми?

Мы с Салли быстро проверяем все задания. Вместе приходим к выводу, что ей нужно продолжать отслеживать автоматические мысли и планировать социальные взаимодействия на следующей неделе. Затем мы коротко обсуждаем самые важные мысли из буклета «Справиться с депрессией».

## Выявление приоритетных вопросов в повестке дня

К этому моменту у вас уже будет сформулирована исходная повестка дня; возможно, вы дополните ее несколькими темами по мере накопления информации о пациенте за прошедшую неделю, о его домашнем задании. Если в повестке дня окажется слишком много тем, вам совместно с пациентом нужно будет определить приоритеты и договориться о том, что обсуждение наименее важных проблем будет сдвинуто на следующие сессии, если возникнет такая необходимость. Вы также можете поинтересоваться, хочет ли пациент уделить одинаковое количество времени каждому пункту.

Т. Хорошо, а теперь давайте определим приоритеты в получившейся повестке дня (дает логическое объяснение), чтобы понять, как распределить время на сессии. Вы говорили про экзамен, проблемы с соседкой по комнате и о том, что почувствовали себя намного хуже, когда занимались

в аудитории (*пауза*). Есть ли еще какие-то проблемы, которые могут оказаться даже важнее этих?

П. Ну, я переживала из-за того, что не позвонила кузену.

Т. Ладно. (*Записывает и добавляет в повестку дня собственные пункты.*) Я также хотела бы поговорить о том, как улучшится ваше настроение в дальнейшем, и об автоматических мыслях. Вы не против?

П. Да, я согласна.

Т. Нужно ли внести в повестку дня что-то еще?

П. Не думаю.

Т. Не уверена, что нам хватит времени на все. (*Помогает Салли определить приоритеты.*) Если мы не успеем обсудить все перечисленное, как думаете, что можно отложить до следующей недели?

П. Эммм... Думаю, проблемы с соседкой. Наверное, само утрясется. И с кузеном. Это можно отложить.

Т. Хорошо, тогда давайте разместим их в нашем списке последними и разберем, если останется время.

Или же можно спросить так:

Т. Если бы у нас было время на обсуждение только одной или двух из перечисленных проблем, какие бы вы посчитали наиболее важными?

Учтите также, что строго придерживаться повестки дня нужно не всегда. На самом деле, в некоторых случаях этого делать *не нужно*. Однако, отклоняясь от повестки дня, вы должны прямо сказать об этом и получить согласие пациента.

Т. Салли, я вижу, что вы до сих пор переживаете из-за экзамена, а время у нас заканчивается. Вы бы хотели посвятить остаток сессии обсуждению этого вопроса и отложить ради этого другие вопросы? Или же мы можем попробовать уделить ему всего пять минут, и тогда у нас останется время, чтобы обсудить ваше плохое самочувствие во время занятий в колледже.

П. Думаю, это тоже стоит затронуть.

Т. Хорошо, тогда будем вместе следить за временем.

Предложить перераспределить время на сессии вы можете по ряду причин. Например, как говорилось в предыдущей стенограмме, если какая-либо проблема очень беспокоит пациента и ему нужно больше времени на ее обсуждение. Или же если в ходе беседы возникнет новая тема, которая покажется важной. Или если настроение пациента резко ухудшится в ходе сессии.

**В.** А что, если... пациент сам начнет говорить на тему, которой нет в повестке дня?

**О.** Если пациент уйдет в другую тему, вы можете мягко его прервать и указать ему на это, позволив тем самым осознанно выбрать, какой вопрос обсуждать. Часто пациенты переходят на другие темы, сами того не осознавая.

П. Как-то раз я пыталась заниматься в библиотеке и совсем не могла сосредоточиться, как вдруг увидела свою бывшую одноклассницу Джулию. Я тут же начала переживать, нужно ли мне с ней заговорить. Когда мы учились в 10-м классе, Джулия была со мной приветлива, но затем что-то произошло, не знаю что. Возможно, она...

Т. Простите, что перебиваю. Мы начали обсуждать проблемы, которые возникли у вас при подготовке к экзамену, а теперь все внимание переключилось на Джулию. Что для вас сейчас важнее: вернуться к обсуждению экзамена или разобрать ситуацию с Джулией?

П. О, конечно же, экзамен. С Джулией — это так, неважно.

Т. Хорошо, так значит, вы говорили, что в библиотеке вам тоже было тяжело заниматься?

Вы уводите пациентов от второстепенных вопросов, которые не попали в исходную повестку дня и которые вряд ли будут им полезны в ходе сессии. Важное исключение — ситуация, когда вы сознательно (но обычно на короткое время) вовлекаете пациентов в более поверхностную беседу для достижения определенных целей. Так, вы можете задавать вопросы об их семье, кино, о социальных мероприятиях, которые они за последнее время посетили, чтобы улучшить их настроение, укрепить терапевтический союз или же оценить их когнитивные и социальные навыки.

## Основная часть сессии

Пришло время перечислить проблемы, вынесенные на повестку дня, и спросить у пациента, какую проблему он предпочитает обсудить в первую очередь. Так вы позволите ему проявить активность и взять ответственность на себя. Если, на ваш взгляд, особенно важно сначала обсудить конкретный пункт из повестки дня, можете взять управление на себя. («Как вы смотрите на то, чтобы начать с обсуждения поиска работы на неполный день?»)

Вы соберете информацию о проблеме, сформулируете концептуализацию проблем пациента в рамках когнитивной модели и вместе решите, с чего на-

чать работу (разрешать проблемную ситуацию; оценивать автоматические мысли; улучшать актуальное состояние пациента, если аффект настолько силен, что пациент не может сфокусироваться на решении проблем; оценке мыслей или поведенческих изменениях; предлагать возможные поведенческие изменения — и, если нужно, помогать осваивать поведенческие навыки; снижать физиологическое возбуждение, если оно мешает вести важное обсуждение). Обсуждая проблему, вы будете помогать пациенту осваивать новые навыки и формулировать домашнее задание. Периодически, если понадобится, вы будете подводить промежуточные итоги, чтобы и вам, и пациенту было предельно ясно, на что уходит время сессии.

В ходе обсуждения первой (и последующих) проблем вы будете реализовывать цели терапии, когда это будет уместно. На этой второй сессии моей целью было не только помочь Салли решить конкретные проблемы, но и:

- укрепить ее представления о когнитивной модели;
- продолжить обучать Салли выявлять автоматические мысли;
- облегчить симптомы, помогая ей реагировать на тревожные мысли;
- как всегда, выстраивать и укреплять раппорт за счет правильного понимания пациента.

## Повестка дня: вопрос № 1

Т. Итак, давайте посмотрим на повестку дня. Как думаете, с чего начать? Мы можем обсудить предстоящий экзамен, ваше настроение во время занятий в библиотеке или ожидаемые улучшения.

П. Я думаю, экзамен по экономике, потому что я очень из-за него переживаю.

Т. (*Собирает информацию.*) Хорошо, могли бы вы мне вкратце рассказать, что происходило на этой неделе: сколько вы занимались? удалось ли вам сосредоточиться на изучении материала?

П. Ну, я все время хотела заниматься. Но стоило мне только сесть, я начинала так сильно волноваться! Иногда даже не замечала, как мои мысли куда-то улетали и я по несколько раз перечитывала одну и ту же страницу.

Т. (*Продолжает собирать информацию, чтобы помочь Салли решить проблему и выявить возможные мыслительные искажения.*) А когда будет экзамен и сколько глав вам нужно выучить?

П. Через две недели. Где-то пять глав.

Т. А сколько глав вы прочли хотя бы по разу?

П. Где-то три.
Т. И в этих первых трех главах остались какие-то непонятные для вас вопросы?
П. Да, и очень много.
Т. Хорошо. Иными словами, до экзамена осталось две недели и вы волнуетесь, что недостаточно хорошо усвоите материал?
П. Да.

В этой первой части я стремилась получить общее представление о проблеме. Я слегка изменяю формулировку, чтобы кратко описать ситуацию. Затем я стараюсь помочь Салли выявить автоматические мысли через воспоминание о *конкретной* ситуации.

Т. Можете ли вы вспомнить, когда на этой неделе думали об учебе или пытались заниматься — и почувствовали острую тревогу?
П. Да, конечно... вчера вечером.
Т. Во сколько? И где вы в тот момент были?
П. Около 19:30. Я шла по библиотеке.
Т. Можете сейчас все это представить? Словно сейчас 19:30, вы идете по библиотеке... О чем вы думаете?
П. А вдруг я не сдам экзамен? Не осилю весь курс? Как я вообще закончу этот семестр?
Т. Ага, то есть вам удалось выявить свои автоматические мысли. И какие чувства они вызвали? Тревогу?
П. Да, очень сильную.
Т. Позвольте мне рассказать кое-что еще об автоматических мыслях. Мы называем их *автоматическими*, потому что они возникают в голове как будто сами по себе. Обычно вы их не осознаете — по крайней мере, эмоции вы осознаете намного лучше. И даже если автоматические мысли *попали в фокус* вашего внимания, вы, скорее всего, не думаете, насколько они верны. Просто принимаете их за истину.
П. Хмм.
Т. Здесь, на терапии, вам в первую очередь нужно научиться выявлять эти мысли, а затем самой определять, насколько они достоверны: полностью, частично или вовсе не достоверны (*пауза*). Давайте вместе разберем вашу первую мысль. (*Запускает процесс оценки автоматической мысли.*) Какие есть доказательства того, что вы можете завалить экзамен?
П. Ну, я не все понимаю.
Т. Что-то еще?
П. Нет... Ну, у меня заканчивается время на подготовку.

Т. Хорошо. А есть ли доказательства того, что вы можете *не* завалить его?
П. Ну, я нормально справилась с первым тестом.
Т. Что-то еще?
П. Думаю, первые две главы я поняла лучше третьей. *Настоящие* проблемы у меня только с третьей главой.
Т. (*Запускает процесс решения проблемы, а затем передает управление Салли.*) А что вы могли бы сделать, чтобы лучше понять третью главу?
П. Я могла бы снова ее перечитать. И просмотреть свои конспекты лекций.
Т. Что-то еще?
П. (*Сомневается.*) Больше ничего не могу придумать.
Т. Может быть, попросить кого-то вам помочь?
П. Ну, думаю, я могла бы попросить Шона — это помощник преподавателя. Или, может быть, Росса — он живет со мной в общежитии и прошел такой же курс в прошлом году.
Т. Отлично. А на этой неделе вы думали о том, что можете попросить кого-то из них о помощи? Может, вспомните какие-либо мешающие автоматические мысли, которые не позволили это сделать?
П. Нет, кажется, я просто об этом не подумала.
Т. Как думаете, кого лучше попросить?
П. Наверное, Шона.
Т. Какова вероятность того, что вы это сделаете?
П. Я точно попрошу его помочь. Завтра утром он как раз работает.
Т. Хорошо. А если он поможет вам на этой неделе, как думаете — это повлияет на ваши ожидания неудачи на экзамене?
П. Ну, я уже буду что-то знать. Возможно, я *смогла бы* получить помощь и по поводу всего остального.
Т. И как вы чувствуете себя сейчас?
П. Наверное, меньше волнуюсь.
Т. Хорошо. Если подвести итог, то можно сказать, что на этой неделе у вас возникло много автоматических мыслей, из-за которых вы стали тревожиться. Но когда вы останавливаетесь, чтобы оценить эти мысли, выясняется, что вы *можете* еще кое-что сделать, чтобы сдать экзамен. Когда вы оцениваете достоверность автоматических мыслей и реагируете на них, вы чувствуете себя лучше... Все правильно?
П. Да.
Т. В качестве домашнего задания на будущую неделю я бы предложила вам снова отслеживать эти автоматические мысли, когда ваше настроение будет резко меняться. В этих мыслях может быть доля правды, но, думаю, вы будете замечать, что они далеко не всегда так верны, как кажется на первый взгляд. На следующей неделе мы вместе постараемся выяснить,

насколько правдивы мысли, которые вы запишете в качестве домашнего задания. Хорошо?

П. Хорошо.

Т. Итак, выявление и оценка мыслей — это навык, которым вам нужно овладеть, так же как, например, умением водить машину или печатать вслепую. Возможно, в первое время вам это не очень удастся, но со временем получаться будет все лучше. На будущих сессиях я подробнее расскажу вам об этом. А пока посмотрим, как вы справитесь с задачей сами. Только не ожидайте, что сразу все получится. Хорошо?

П. Ага.

Т. И еще кое-что. Когда вы будете записывать мысли на этой неделе, напоминайте себе, что они *не обязательно отражают истинное положение дел*. Иначе, если вы просто запишете их, не оценив, ваше самочувствие может ухудшиться.

П. Хорошо.

Т. Давайте запишем это задание. И одновременно подумаем, хотите ли вы сделать что-нибудь еще для подготовки к тесту [см. рис. 7.3].

**29 января**

**Читать этот список дважды в день**

1. **Когда я замечу, что мое настроение меняется, нужно будет спросить себя: «О чем прямо сейчас я думаю?» — и записать автоматические мысли (которые могут быть полностью верными, а могут и не быть). Нужно стараться делать это хотя бы раз в день.**
2. **Если мне не удастся отследить автоматическую мысль, нужно кратко описать ситуацию. Важно помнить: выявление автоматических мыслей — это навык, такой же как вождение автомобиля, и я буду его развивать постепенно.**
3. **Попросить Шона помочь разобраться с третьей главой учебника по экономике.**
4. **Перечитать заметки с терапии.**
5. **Продолжить бегать и плавать.**
6. **Запланировать три социальных взаимодействия.**
7. **Каждый день: пополнять список достижений.**

**Рис. 7.3.** Домашнее задание Салли (вторая сессия)

В этой части сессии я достигла сразу нескольких целей. Я обратилась к особенно беспокоившей Салли проблеме из повестки дня; дала ей больше полезной информации об автоматических мыслях; помогла выявить, оценить конкретную расстраивающую мысль и отреагировать на нее; я способствовала облегчению симптоматики, снизив уровень тревоги; назначила домашнее задание и посоветовала Салли придерживаться реалистичных ожиданий от освоения нового навыка. В главах 9–12 процесс обучения пациентов выявлению и оценке автоматических мыслей будет описан подробнее.

**В.** А что, если... я не знаю, как помочь пациенту решить конкретную проблему?

**О.** Тогда у вас есть несколько вариантов:

- Выяснить, что именно пациент уже пытался сделать для ее решения, но это не помогло. Возможно, вы сможете нужным образом видоизменить решение или мысли, которые помешали осуществлению решения пациента.
- Использовать себя в качестве примера. Спросите себя: «Если бы такая проблема возникла у меня, что бы я сделал?»
- Попросите пациента назвать человека (обычно имеется в виду друг или член семьи), у которого, вероятно, есть такая же проблема. Какой совет пациент дал бы ему? Проверьте, может ли этот совет помочь самому пациенту?
- Если вы не знаете, что еще предпринять, отложите обсуждение, пояснив: «Мне бы хотелось обдумать этот вопрос на предстоящей неделе. Можем ли мы вынести его в повестку дня следующей сессии?»

См. также с. 286–288, где вопрос решения проблем рассматривается подробнее.

## Повестка дня: вопрос № 2

В следующей части терапевтической сессии я даю Салли информацию по поводу ожидаемых улучшений в ходе терапии. Мы только что завершили другую часть сессии, поэтому сначала я кратко подвожу итоги:

Т. Хорошо, мы закончили обсуждать предстоящий экзамен и то, как автоматические мысли заставляют вас беспокоиться и мешают решать

проблемы. Теперь мне хотелось бы поговорить о том, каких улучшений вам стоит ждать от терапии, если вы не возражаете.

П. Конечно.

Т. Я рада, что сегодня ваше настроение несколько улучшилось, и надеюсь, что со временем вам будет становиться все лучше. Но, скорее всего, так будет не каждую неделю: вы не будете чувствовать себя все лучше и лучше до тех пор, пока не станете прежней собой.

П. Скорее, мне кажется, что лучше мне никогда не станет.

Т. Я знаю. И поэтому хочу, чтобы вы помнили: если в какой-то момент вам снова станет хуже, в этом не будет ничего странного — такой шаг назад считается нормальной частью процесса лечения. Может быть, вы это запишете себе на память?

В главе 18 представлено более подробное обсуждение предупреждения рецидивов и обычного течения терапевтического процесса.

## Периодическое подведение итогов

Есть три важные формы подведения итогов во время сессий. Во-первых, обобщение сказанного. Часто пациенты описывают проблемы очень подробно. Вы резюмируете их слова в рамках когнитивной модели, чтобы убедиться: вы правильно поняли, что больше всего беспокоит пациента, а также чтобы представить эту информацию в сжатой и понятной форме. Как можно чаще используйте выражения самого пациента, чтобы все правильно понять и удержать внимание пациента на основных проблемах.

Т. Проверим, все ли я правильно поняла. Вы думали о том, чтобы снова найти работу на неполный день, но потом подумали: «Я ни за что не справлюсь с работой». Из-за этой мысли вам стало грустно, вы выключили компьютер, вернулись в кровать и полчаса плакали. Все правильно?

Если бы я перефразировала мысли пациента или не смогла использовать ее слова («Похоже, что вы не уверены, что справитесь, если получите работу с неполной занятостью»), возможно, это снизило бы силу ответных автоматических мыслей и эмоций, а потому последующая оценка мысли могла быть не такой эффективной. Второй вид обобщений, в которых заменяются слова *терапевта*, также могут привести пациента к мысли, что его неправильно поняли:

П. Нет, я не думаю, что плохо справлюсь; мне кажется, что я *вообще* не смогу ее выполнять.

Поэтому вам нужно иногда просить пациента делать выводы после того, как вы оценили автоматическую мысль или убеждение:

«Могли бы вы кратко сформулировать то, что мы только что обсудили?»

или

«Как вы думаете, что здесь главное?»

или

«Как вы думаете, что вам важнее всего запомнить?»

Если пациент правильно делает выводы, он или вы записываете это обобщение, — чтобы потом перечитывать в качестве домашнего задания. Если же пациент что-то упустил, вы можете поправить его: «Да, но я думаю, что еще полезнее было бы выразиться так...» Если пациент соглашается, в заметки заносится последняя формулировка.

Третий вид выводов используется по завершении части сессии, чтобы у пациента и терапевта сформировалось четкое понимание о том, что уже достигнуто, а что еще предстоит сделать:

Т. Итак, мы обсудили перспективы лечения. Теперь поговорим о вашем кузене?

## Финальное подведение итогов и обратная связь

Финальное подведение итогов должно направить внимание пациента на основные моменты сессии — причем в позитивном ключе. На первых сессиях такое подведение итогов будете проводить вы.

Т. Итак, у нас осталось несколько минут. Давайте я подведу итоги: что нам сегодня удалось обсудить. А затем я попрошу вас поделиться своими впечатлениями от сессии.
П. Хорошо.
Т. Судя по всему, на этой неделе у вас было больше обнадеживающих мыслей, а потому вы не чувствовали себя такой грустной. Но затем ваша тревога усилилась, потому что появилось много негативных мыслей об экзамене. Однако когда мы попытались разобраться, какие аргументы свидетельствуют о том, что вы не сдадите экзамен, убедительных доказательств не нашлось. Кроме того, вы придумали несколько хороших стратегий, которые должны помочь вам в учебе — некоторые из них вы опробуете уже на следующей неделе. Мы также обсудили, что́ вы будете говорить сами себе, если ваше состояние временно ухудшится.

И наконец, мы пришли к выводу, что вам стоит продолжать бегать. Мы также выявили и оценили ваши автоматические мысли – этот навык мы продолжим отрабатывать на терапии (*пауза*). Как думаете, я ничего не забыла?

П. Нет.

В дальнейшем терапевт может предложить пациенту подводить основные итоги самостоятельно. Ему будет проще с этим справиться, если на протяжении сессии он делал записи:

Т. Хорошо, Салли, у нас осталось всего несколько минут. Как думаете: что было самым важным для вас из того, что мы обсудили на этой сессии? Вы можете воспользоваться своими записями.

Затем терапевту нужно получить обратную связь от пациента о том, как прошла сессия.

Т. И последнее: Салли, что вы можете сказать о сегодняшней сессии? Было ли в моих словах что-то, что показалось вам неуместным? Или, может быть, я чего-то не поняла?

П. Я немного волнуюсь, что мне может снова стать хуже.

Т. Да, такое возможно. И если до следующей сессии ваше состояние вдруг сильно ухудшится, я предлагаю вам мне позвонить – мы обсудим, может быть, назначим сессию чуть раньше. С другой стороны, эта неделя вполне может оказаться для вас еще лучше предыдущей.

П. Очень на это надеюсь.

Т. Может быть, на следующей сессии внесем возможное ухудшение состояния в повестку дня?

П. Да, думаю, стоит так сделать.

Т. Может быть, хотите добавить об этой сессии что-то еще? В следующий раз сделать что-то по-другому?

П. Нет, ничего.

Т. Хорошо. Тогда увидимся на следующей неделе.

Если вам показалось, что пациент поделился не всеми впечатлениями от сессии, предложите ему заполнить отчет о терапии (см. рис 5.2). Когда обратная связь оказывается негативной, обязательно нужно дать на нее положительное подкрепление и постараться решить возникшую проблему. Если времени не хватает, вы можете извиниться и сказать, что хотели бы обсудить негативную реакцию пациента в начале следующей сессии. Негативная обратная связь обычно помогает выявить трудности, связанные с выстраиванием терапевтического союза (подробнее об этом см. J. S. Beck, 2005).

## Третья и последующие сессии

В дальнейшем на сессиях будет сохраняться такой же формат. Их содержание будет меняться в зависимости от проблем и целей пациента, а также ваших терапевтических целей. В этом разделе я опишу изменения терапевтического процесса на протяжении следующих сессий. Более подробное описание планирования лечения можно найти в главе 19.

Выше я упомянула о том, что сначала вы берете на себя ведущую роль, помогая пациентам выявлять и изменять автоматические мысли, придумывать домашние задания и подводить итоги сессий. По мере прохождения терапии пациенты постепенно начинают сами выявлять искажения мышления, придумывать домашние задания и делать выводы.

Еще одно постепенное изменение происходит, когда фокус с автоматических мыслей смещается на автоматические мысли и глубинные убеждения (см. главы 13–14). Когда терапия выходит на завершающую стадию, происходит еще одно изменение: начинается подготовка пациента к прекращению терапии и предупреждению рецидивов (см. главу 18).

Планируя каждую сессию, вы учитываете этап терапии и используете концептуализацию в качестве путеводителя, выделяя потенциальные пункты повестки дня еще до начала сессии. Когда пациент рассказывает об изменениях своего настроения и произошедших за неделю событиях, а также уточняет темы для повестки дня, вы для себя формулируете, какой именно цели (или целей) будете добиваться во время сессии. Например, на третьей сессии с Салли я ставила перед собой две цели (следует отметить, что они подойдут не для всех пациентов с депрессией): помочь ей освоить структурный подход к оценке автоматических мыслей и продолжить планирование действий, приносящих удовольствие. На четвертой сессии я старалась помочь Салли решить конкретные проблемы, связанные с поиском работы на неполный день и реакциями на ее дисфункциональные мысли. Я постоянно стараюсь связать свои цели с пунктами из повестки дня Салли. Таким образом я обучаю ее решению проблем и помогаю осваивать навыки когнитивной реструктуризации в контексте обсуждаемых ситуаций. Когда начинающий терапевт действует подобным образом (одновременно решает проблему и обучает пациента правильно реагировать на мысли), сессии обычно хватает на серьезное обсуждение одной или двух проблемных ситуаций из повестки дня. Опытному терапевту, как правило, удается успеть больше.

Чтобы довести концептуализацию до совершенства, следите за тем, какие вопросы удается охватить на сессии, планируйте, что нужно разобрать в будущем, и делайте заметки непосредственно в ходе сессии (см. рис. 7.4), а также сохраняйте копии заметок, которые делает сам пациент. Полезно отмечать,

какие проблемы удалось обсудить, дисфункциональные мысли и проблемы — дословно, как их сформулировал пациент (и степень его убежденности), какие вмешательства удалось осуществить на сессии, реструктурированные мысли и убеждения (и степень убежденности в них), назначенное домашнее задание и темы для следующих сессий. Даже опытным терапевтам сложно помнить весь этот список наизусть, поэтому они используют записи.

**Терапевтические заметки**

**Имя пациента:** *Салли* **Дата:** *15 марта* **Сессия:** *№ 7*

**Показатели объективных тестов:** *Шкала депрессии Бека = 18, Шкала тревоги Бека = 7, Шкала безнадежности Бека = 9*

**Повестка дня пациента:**

*Проблемы с докладом по английскому*

*Проблемы с соседкой по комнате*

**Цели терапевта:**

*Продолжить работу над склонностью к перфекционизму*

*Снизить тревогу и избегание, связанные с активным поведением на занятиях*

**Главные моменты сессии:**

*1. Чувствует себя на этой неделе не такой подавленной и тревожной*

*2. Ситуация / проблема — Автоматическая мысль — Эмоция*

*Доклад по английскому сдавать завтра → Он недостаточно хорош → → Тревога*

*Вмешательство — запись мыслей (приложена)*

*Исход — тревога (снижена)*

*3. Старое убеждение: если я не получу пятерку, значит, я не добьюсь успеха. 90 % [степень убежденности]*

*Вмешательство: дать совет Ребекке (другу)*

*Исход: 80 % [переоценка степени убежденности]*

*Вмешательство 2: интеллектуально-эмоциональная ролевая игра*

*Исход: 60 % [переоценка степени убежденности]*

*Новое убеждение: мне не нужны пятерки, чтобы преуспеть сейчас и в будущем. 80 %*

**Рис. 7.4.** Терапевтические заметки

4. Копинг-карточка о том, как задавать вопросы после занятия (приложена)

5. Проблема с соседкой по комнате — слишком шумит по вечерам

Вмешательство — ролевая игра о том, как обсудить это с соседкой

**Домашнее задание:** [если записано на отдельном листе бумаги — приложить]

Запись мыслей и список достижений

Перечитать терапевтические заметки и подумать о старых и новых убеждениях, связанных с успехом

Перечитывать копинг-карточки с утра и по мере надобности

После занятия задать 1 или 2 вопроса

Потратить еще час на доработку доклада по английскому

Попросить соседку тише вести себя по вечерам

**Будущие сессии:**

Подумать, какое влияние на жизнь оказывает перфекционизм

**Рис. 7.4** (окончание)

Делая заметки, старайтесь как можно чаще поддерживать с пациентом зрительный контакт. Иногда, особенно когда пациент рассказывает о болезненных для него событиях, важно ничего *не* записывать и все свое внимание направить на пациента.

*Резюме.* В этой главе были рассмотрены структура и формат типичной сессии первого этапа терапии, а также кратко описаны изменения терапевтического процесса в дальнейшем. В следующей главе мы обсудим трудности, которые могут возникать при попытке следовать этому формату, а в главе 19 будет подробнее описано, как нужно планировать лечение до, во время и между сессиями.

# Трудности структурирования терапевтической сессии

Трудности с соблюдением структуры сессий возникают всегда. Когда вы понимаете, что что-то пошло не так, сразу постарайтесь определить, что именно и почему, и сформулировать решение. Если вы верно поставили диагноз и составили четкий план лечения, но проблемы со структурированием сессий возникают все равно, задайте себе следующие вопросы:

- Удается ли вам мягко прерывать пациента и направлять сессию в нужное русло?
- Удалось ли вам ознакомить пациента с процессом лечения?
- Удалось ли вам вовлечь пациента в лечение и выстроить сильный терапевтический союз?

Все перечисленные трудности мы разберем в этой главе. А затем вы узнаете, какие проблемы могут возникать на каждом этапе типичной терапевтической сессии и как они решаются.

## Когниции терапевта

Если вы занимаетесь психотерапией недавно или же у вас накопился большой опыт терапевтической работы в менее директивном стиле, у вас могут возникнуть противоречивые представления о структуре, допустимости перебивания пациентов и использования стандартизированной структуры.

*Автоматические мысли*

**«Я не могу структурировать сессию».**

**«[Моему пациенту] не понравится такая структура».**

**«Пациент не может кратко формулировать свои мысли».**

**«Пациент разозлится, если я выберу слишком директивный стиль».**

**«Мне не стоит перебивать пациента».**

**«Пациент не выполнит домашнее задание».**

**«Если я буду оценивать мышление пациента, он почувствует себя несостоятельным».**

Вам нужно отслеживать собственный уровень дискомфорта и выявлять автоматические мысли, возникающие во время сессий и в промежутках между ними. Затем вам нужно определить возникшую проблему, оценить собственные мысли и отреагировать на них, а также решить проблему, чтобы вам самим было проще экспериментировать с применением стандартной структуры на следующей сессии.

## Как перебивать пациента

Чтобы сохранять структуру сессии максимально эффективной, иногда приходится мягко перебивать пациента. В приведенной ниже стенограмме терапевт почувствовал себя слегка обескураженным от потока проблем пациента. Он воспользовался собственной эмоциональной реакцией, чтобы перебить пациента и вернуться к исходной структуре сессии.

П. Мне с трудом верится, но после этого сестра сказала мне — сказала мне! — что мне нужно пойти помочь матери. Она знает, что я не могу. Ну, что нам с матерью никогда не удается найти общий язык. Если я приду к ней, она просто завалит меня поручениями. Будет критиковать. А я просто не вынесу еще больше критики. Меня постоянно критикуют на работе и...

Т. Простите, что перебиваю. Я хочу убедиться, что правильно понимаю происходящее. Мы начали обсуждать ваши планы на праздники и что вам нужно сделать, а затем вы перечислили еще несколько проблем. Как вы думаете, что нам сейчас актуальнее обсудить? Планы на праздники, вашу сестру, мать или работу?

**В.** А что, если... пациента расстраивает, когда его перебивают?

**О.** Если пациент не выражает недовольства из-за того, что его перебили, но вы заметили, что его эмоциональное состояние резко ухудшилось, — спросите, о чем он только что подумал. Если он не сможет выявить автоматическую мысль, попробуйте предположить сами: «Может быть, вам показалось, что я слишком часто вас перебиваю?» Когда вы установите, что проблема действительно в этом, дайте положительное подкрепление: «Я рад, что вы мне об этом рассказали». Затем просто и кратко извинитесь. (Извиниться нужно, потому что, судя по всему, вы неправильно оценили отношение пациента к перебиванию.) Затем решите проблему: например, предложите пациенту непрерывно на протяжении ближайших 5 или 10 минут рассказывать о проблеме, а затем резюмируйте сказанное, «потому что мне важно знать, что я действительно правильно понимаю, что с вами происходит».

## Социализация пациента

Вторая причина, по которой сложно соблюдать структуру сессии, — недостаточная социализация пациента в терапевтический процесс. Пациенты, которые раньше не проходили когнитивно-поведенческую терапию, не знают, что вы будете ждать от них отчета о каждой неделе, описания настроения и краткой формулировки повестки дня. Они не знают, что вы будете просить их подводить итоги, давать обратную связь, запоминать содержание сессии и каждый день выполнять домашние задания. Кроме того, вы, по сути, обучаете пациентов определенным навыкам, а также новому способу отношения к вам (это касается пациентов, которые ранее посещали терапевтов, относящихся к другим школам), новому способу отношения к проблемам, чтобы они могли смотреть на происходящее более объективно. Вот почему каждый элемент сессии нужно подробно описать, логически объяснить, а затем отслеживать любые изменения, получая обратную связь.

## Вовлечение пациента

Третьей причиной могут стать дисфункциональные убеждения пациента, которые мешают ему полностью включиться в терапевтический процесс. У пациентов может не быть четких целей (подробнее описано в главе 5). У них могут быть нереалистичные ожидания: что каким-то образом им

станет лучше, даже если они не будут активно участвовать в лечении. Они могут ощущать безнадежность и отсутствие веры в собственную способность решать проблемы, влиять на собственную жизнь, меняться. Возможно, они даже боятся, что, если им станет лучше, их жизнь почему-то ухудшится (например, вы перестанете быть их терапевтом или им придется вернуться на работу). Вам нужно внимательно относиться к подобным мыслям и помогать пациентам правильно реагировать на них, тогда им будет легче принимать структуру и задачи лечения.

## Укрепление терапевтического союза

Четвертая распространенная причина нежелания пациентов придерживаться структуры сессий связана с их дисфункциональными убеждениями о себе, о терапии или о вас. Вы можете признать дискомфорт пациента и предложить ему принять ваши условия в качестве эксперимента, если видите, что это не отразится негативно на терапевтическом союзе. Или же вы можете позволить пациенту доминировать и контролировать течение сессии — поначалу. Однако в большинстве случаев лучшим решением будет поиск компромисса, который устроит вас обоих, а со временем вы попробуете склонить пациента к соблюдению стандартной структуры.

Как понять, с чем связаны трудности с соблюдением структуры: с недостаточной вовлеченностью или нежеланием подчиняться? Прежде всего попробуйте лучше объяснить пациенту модель когнитивно-поведенческой терапии и отслеживать его вербальные и невербальные реакции. Если дело в недостаточной вовлеченности, реакции будут в основном нейтральными (или, возможно, слегка самокритичными) — в таком случае можно пойти по пути постепенного согласия.

Т. Извините, что перебиваю. Давайте вернемся к тому моменту, когда вы позвонили другу.
П. Ах да, конечно.

Если же пациент реагирует негативно — сомнений нет, предложение ваше он воспринял негативно, и вам нужно сменить курс.

П. (*Раздраженно.*) Но меня очень расстраивает эта ситуация с матерью.
Т. В таком случае отведем несколько минут на ее обсуждение. Однако тогда нам может не хватить времени на то, чтобы поговорить о Дэвиде. Вы не возражаете?

Кроме того, проблемы могут возникать, если при обсуждении структуры вы выбрали слишком контролирующий или требовательный тон. Если вы не получаете обратной связи от пациентов о своем властном поведении, то можете просто не догадываться об этой ошибке. В таком случае пересмотрите записи сессии, а еще лучше предложите это сделать коллеге или супервизору. Затем подумайте, как извиниться и решить проблему на следующей сессии: «На прошлой неделе я слишком жестко себя повел. Извините. Я хочу убедиться, что вы действительно согласны с тем, по какому плану проходят наши встречи».

Ниже представлены проблемы, которые могут возникнуть на каждом этапе терапевтической сессии, за исключением случаев, когда терапевт допускает серьезные ошибки.

## Оценка настроения

Часто проблемы возникают из-за того, что пациентам не удается правильно заполнить опросники, они раздражаются и не могут точно (и кратко) отразить в них общее настроение, которое у них было в течение недели. Если пациент не понял, как заполнять опросники, спросите у него, помнит ли он, зачем нужно это делать, и согласен ли с этим, а также выявить, какие практические трудности нужно разрешить (например, у пациента нет времени, он забывает или неграмотно пишет).

Если пациента раздражает сама необходимость заполнения бумаг, спросите, какие автоматические мысли возникают, когда он это делает, или попросите оценить значимость ситуации: «Что вам больше всего не нравится в этих опросниках?» или «Что для вас значит моя просьба заполнять опросники?» Затем вы можете сочувственно ответить на переживания пациентов, помочь им оценить важные мысли и убеждения и/или решить конкретные проблемы. Примеры ответов приведены ниже.

П. Эти опросники мне не подходят. Половина вопросов не имеет смысла.

Т. Да, понимаю, вам неприятно их заполнять. Но для меня они полезны — я могу быстро просмотреть ваши ответы и получить представление об общей картине, и потом не приходится тратить время на то, чтобы задавать вам эти вопросы. Как вы смотрите на такой вариант: вы снова заполните эти опросники на следующей неделе, и, если они все так же будут вас раздражать, мы снова поговорим об этом и найдем другое решение.

В следующем примере пациент прямо выражает недовольство как вербально, так и невербально.

П. Эти опросники — пустая трата времени. Половина вопросов не имеет смысла.
Т. Что вас больше всего в них не устраивает?
П. Я занятой человек. У меня много дел. Если постоянно тратить время на бессмысленные обсуждения, я ничего не успею.
Т. Я вижу, что они действительно вас раздражают. А сколько времени обычно уходит на заполнение опросников?
П. ...Не знаю. Несколько минут.
Т. Я понимаю, что не все вопросы для вас актуальны. Но на самом деле эти опросники помогают экономить время — без них мне пришлось бы узнавать все эти детали у вас на сессии. Давайте попробуем найти решение — подобрать время, когда вы могли бы их заполнять.
П. Да ладно, это не так уж важно. Я их заполню. Просто в следующий раз уйду с работы чуть пораньше.

Здесь я не стала напрямую оценивать валидность автоматической мысли пациента: он был раздражен, и я почувствовала, что он отнесется к этому негативно. Поэтому я объяснила ему, зачем прошу заполнять опросники, и показала, что много времени на них не тратится.

В третьем случае я поняла, что, если буду настаивать на заполнении опросников, это может навредить нашему терапевтическому союзу.

П. (*Зло.*) Ненавижу эти опросники. Они мне не подходят. Я знаю, что *вы* хотите, чтобы я их заполнял, но повторяю: они бессмысленные.
Т. Хорошо, давайте их пока оставим. Однако мне хотелось бы понять, как вы чувствовали себя в течение недели. Может быть, вы просто будете оценивать свои эмоции по шкале от 0 до 100 или от 0 до 10?

Иногда трудности вызваны неспособностью пациента выразить свое настроение: это может быть его сознательный выбор или же он просто затрудняется назвать свои чувства. Вы можете мягко прервать его или задать наводящий вопрос.

Т. Извините, что перебиваю. Скажите, пожалуйста, каким было ваше настроение на этой неделе — буквально в одном предложении? Я хочу вернуться к обсуждению проблем с братом через несколько минут, однако сначала мне нужно понять, чувствовали ли вы себя в целом лучше, хуже или так же по сравнению с предыдущей неделей.
П. Думаю, чуть хуже.
Т. Тревожнее? Грустнее? Злее?
П. Чуть тревожнее. Грустный — в той же степени. И не злился.

Если пациенту трудно называть свои эмоции, вы можете среагировать иначе:

Т. Похоже, вам сложно отследить, как именно вы себя чувствовали. Может быть, включим «определение чувств» в повестку дня?

Затем на сессии вы можете применить техники, описанные в главе 10, которые помогут пациенту научиться идентифицировать свои эмоции.

## Оценка произошедшего за неделю

Часто пациенты слишком подробно или без четкой цели описывают прошедшую неделю. После нескольких подобных предложений прервите пациента:

Т. Извините, что перебиваю. Сейчас я хочу только получить представление о том, как вы чувствовали себя на неделе. Можете рассказать об этом буквально в двух-трех предложениях? Была ли это хорошая неделя? Или плохая? Или того и другого понемногу?

Если пациент продолжит вдаваться в подробности, покажите ему, что именно хотите от него получить.

Т. То есть, как я понимаю, вы хотите сказать: «У меня была тяжелая неделя. Я поссорился с другом, очень переживал о свидании и не мог сосредоточиться на работе». Все верно?

Некоторые пациенты понимают, как ответить на этот вопрос коротко, но *решают* этого не делать. Если, по вашему мнению, прямой вопрос о мотивах такого поведения навредит терапевтическому союзу, разрешите пациенту на какое-то время задавать формат работы на этом этапе. На такую позицию могут указывать вербальные и невербальные реакции на ваши предыдущие попытки структурировать процесс, прямые высказывания пациентов или их упоминание о том, что в прошлом контролирующее и доминантное поведение со стороны других вызывало у них сильную негативную реакцию.

Острые реакции на структурирование встречаются не так уж редко. Обычно причины сопротивления пациентов терапевт выясняет по ходу дела и затем решает проблему. Если вы попросите пациента описать прошедшую неделю более кратко и заметите отрицательную реакцию, можете спросить: «Только что я предложил вам дать общую картину случившегося — какие мысли возникли у вас в ответ на мою просьбу?» Когда вы поймете, какие автоматические

мысли возникают у пациента, вы можете: 1) помочь ему оценить достоверность этих мыслей; 2) использовать технику «падающей стрелы» (см. с. 235–237), чтобы открыть истинный смысл этих мыслей; и/или 3) выразить сочувствие и перейти к решению проблемы.

Т. Мне жаль, если вам показалось, что я слишком часто вас прерываю. Я понимаю, что вы хотите многое обсудить — и я, безусловно, хочу подключиться. Вы хотите продолжить обсуждение сейчас или, может быть, занесем «произошедшее за неделю» в повестку дня? Я просто хочу получить представление обо всех проблемах, которые вы предпочли бы обсудить сегодня.

Обычно лучше выбирать второй вариант и не помогать пациентам оценивать мысли, когда они находятся в таком раздраженном состоянии. Выражая озабоченность и желание найти компромисс, вы меняете представление пациента о том, что вы слишком стремитесь к контролю.

## Связь между сессиями

Проблемы возникают и в ситуациях, когда пациент предоставляет слишком много информации и когда слишком мало. Например, на просьбу терапевта рассказать о самых важных событиях прошедшей недели пациент может отвечать слишком подробно — тогда требуется его мягко остановить. Или же наоборот, пациент может пожать плечами и сказать, что ничего не произошло, — в таком случае придется либо задать ему конкретный вопрос («Что случилось, когда вы пошли к профессору?»), или же вернуться к этому вопросу позже, если не удастся собрать нужную информацию другими способами. Пациентам также бывает трудно вспомнить наиболее важные моменты из предыдущих сессий, особенно если вы не напомнили про терапевтические заметки или они не перечитывали их дома.

Как правило, трудности с определением повестки дня возникают, если пациент не участвует в процессе, сомневается или не верит, что обсуждение перечисленных проблем ему поможет. Если пациент не участвует в формулировке повестки дня, возможно, он недостаточно социализировался (или ему слишком сложно выделить конкретные проблемы). Кроме того, возможно, он придает этому участию особенное негативное *значение*. Оба случая описаны ниже.

Т. Какую проблему или проблемы вы хотели бы попробовать решить с моей помощью сегодня?

П. ...Не знаю.

Т. Какие проблемы возникали в течение прошедшей недели? Или какие проблемы, на ваш взгляд, могут возникнуть на будущей неделе?
П. Не знаю. В моей жизни все одинаково, наверное.
Т. Когда вы хуже всего чувствовали себя на прошлой неделе?
П. (*Думает.*) Не знаю. Вся неделя была ужасной.
Т. А в какое время дня вы чувствовали себя хуже всего? На работе? Или вечером?
П. Наверное, вечером.
Т. Хорошо, тогда я предлагаю записать «вечер» в повестку дня, и мы обсудим, что можно сделать, чтобы вечера стали проходить немного лучше.

В конце сессии я попрошу этого пациента внести в список домашних заданий пункт: подумать, помощь в решении каких проблем ему хотелось бы получить на следующей сессии. Если ситуация с формулировкой повестки дня повторится, а сбор информации о прошедшей неделе покажет, что состояние пациента ухудшилось, я буду искать автоматические мысли, связанные со значением этой задачи для пациента.

Т. Удалось ли вам обдумать проблемы, с решением которых я могла бы вам помочь?
П. (*Слегка раздраженно.*) Я думал об этом. Но ничего не пришло на ум.
Т. Что вы чувствовали, когда об этом думали? Может быть, раздражение?
П. Может, немного.
Т. И о чем вы в тот момент подумали?
П. Что, может быть, терапия мне не подходит.
Т. Хорошо, что вы мне об этом сказали. Может быть, у вас возникло ощущение, что я недостаточно вам помогаю?
П. Мой прошлый терапевт разрешал мне говорить обо всем, что я считаю нужным. Он не заставлял меня выбирать темы с самого начала.
Т. То есть, когда я прошу вас перечислить проблемы, которые вам хотелось бы обсудить, вам кажется, будто вам не дают выбора?
П. Да, пожалуй.
Т. Тогда давайте вместе подумаем, как улучшить ситуацию. Если хотите, мы можем не определять повестку дня в начале сессии. Или можно поступить так: вы придете и будете десять минут говорить о том, о чем посчитаете нужным. А затем я подведу краткий итог, чтобы убедиться, что правильно понял все вами сказанное. И тогда мы сможем перейти к следующей части сессии (*пауза*). Как вам такой вариант?
П. Он нравится мне намного больше.
Т. Может быть, у вас есть еще какие-то замечания о формате терапии?

П. Вроде нет.
Т. Обязательно скажите, если возникнут еще какие-то проблемы, хорошо?
П. Ладно.

Такая реакция пациента довольно нетипична. Большинство пациентов легко привыкают к повестке дня. Но в данном случае я поняла: если продолжу давить на пациента, он может отстраниться. Поэтому я показала ему, что хочу решить проблему. Ему изначально нужно было больше гибкости в структуре сессий, но я постаралась как можно быстрее привести его к более стандартизированной структуре.

Пациентам, которые сомневаются при определении повестки дня или пускаются в подробные рассуждения о проблемах, вместо того чтобы просто их назвать, нужно просто подробнее пояснить, что от них требуется.

Т. (*Мягко перебивает.*) Извините, что перебиваю. Можно ли в целом обозначить это как «проблема с боссом»?
П. Да.
Т. Хорошо. Можете назвать еще какие-либо проблемы, в решении которых хотели бы получить мою помощь?

Пациентам, которые и на следующей сессии будут описывать проблемы, а не давать им краткие наименования для занесения в повестку дня, можно дать домашнее задание: сформулировать проблемы (см. рис. 7.1, с. 127).

Третья сложность, связанная с повесткой дня, возникает, когда обсуждение проблем вызывает у пациентов ощущение безнадежности. В таком случае я стараюсь помочь пациентам переключиться в режим решения проблем.

Т. Хорошо. Итак, на данный момент в повестке дня: проблема усталости, планирование бюджета и оплата по чекам. Что-нибудь еще?
П. (*Вздыхает.*) Нет... Да... Не знаю... У меня так много проблем. Не думаю, что все это мне поможет.
Т. Вы не думаете, что обсуждение проблем со мной вам поможет?
П. Не думаю. Зачем мне это делать? Я хочу сказать, вы никак не можете повлиять на то, что я весь в долгах, а еще так устал, что обычно мне сложно даже просто вылезти из кровати, не говоря уже о том, что на работе я допускаю так много ошибок, что меня, скорее всего, просто уволят.
Т. Да, действительно, справиться со всем этим сразу у нас не получится. И у вас действительно есть реальные проблемы, над которыми нам нужно будет поработать. Поэтому, если бы у нас была возможность сегодня обсудить только *один* вопрос — как думаете, какой из перечисленных выше было бы важнее всего разобрать?

П. Не знаю... может быть, усталость. Если бы я лучше спал, может, я бы больше успевал.

В данном случае я сообщила пациенту: да, я понимаю, что ваши проблемы реальны, но с ними можно справиться — шаг за шагом, и это необязательно делать в одиночку. Когда вы настаиваете, чтобы пациент сделал вынужденный выбор, это *помогает* ему сосредоточиться на конкретной проблеме и ее решении. Если бы пациент отказался выбирать, я бы попробовала другую тактику.

Т. Похоже, вы не верите в то, что ваши проблемы можно решить. Я не уверена, что мое участие что-то изменит, но хотела бы попытаться. А вы хотите попытаться? Давайте несколько минут поговорим о вашей усталости, а потом посмотрим, каков будет результат.

Признавая возникшее у пациента ощущение безнадежности и собственную неспособность гарантировать успех, я увеличиваю желание пациента попытаться решить проблему.

## Проверка домашнего задания

Типичные проблемы возникают, когда терапевты, стремясь поскорее определить повестку дня, не интересуются, как пациент справился с домашним заданием. Шансы на то, что вы об этом не забудете, возрастут, если вы включите проверку домашнего задания в стандартную повестку дня и будете пересматривать свои терапевтические заметки с предыдущей сессии перед началом приема. Противоположная проблема может возникнуть, если терапевт слишком много внимания уделит проверке домашнего задания (которое не связано с актуальными переживаниями пациента), прежде чем перейти к темам из повестки дня. Другие проблемы, связанные с домашним заданием, подробнее описаны в главе 17.

## Обсуждение пунктов повестки дня

Типичные проблемы в этой части: ощущение безнадежности, бесцельное или праздное обсуждение и неспособность провести терапевтическое вмешательство. Обсуждение становится бесцельным, когда вам не удается правильно структурировать его, мягко прерывая пациента (и возвращая его к актуальным вопросам); когда вам не удается выделить *ключевые* автоматические мысли, эмоции и поведенческие стратегии; если вы недостаточно часто подводите итоги. Ниже приведена стенограмма, в которой я резюмирую

речь пациентки, длившуюся несколько минут, в нескольких словах, а затем ориентирую ее на выявление автоматических мыслей.

Т. Позвольте мне уточнить. Вчера вы поссорились с сестрой. Из-за этого вам вспомнились ваши прошлые ссоры, и вы все больше и больше злились. Вчера вечером вы снова ей позвонили, и она стала критиковать вас за то, что вы не помогаете матери. Все верно?
П. Да.
Т. А о чем вы подумали, когда она назвала вас «белой вороной» в семье?

*Темп* обсуждения может вызвать определенные трудности, если вы переоцените количество проблем, которые можно успеть обсудить за одну сессию. Предпочтительнее выделить и сформулировать всего две-три проблемы для обсуждения, особенно если вы занялись когнитивно-поведенческой терапией недавно. Вы должны следить за временем вместе с пациентом и вместе же решать, как поступать, если времени не хватает. Поэтому рекомендуется иметь в кабинете двое часов (чтобы каждому из вас было хорошо их видно), тогда вы сможете предложить пациентам следить за ходом времени вместе:

Т. У нас осталось всего 10 минут до подведения итогов сессии. Вы хотели бы продолжить обсуждение проблем с соседом — или же за несколько минут завершить обсуждение этой темы и перейти к проблемам с коллегой?

Третья проблема, возникающая при обсуждении проблем, связана с *неспособностью терапевта провести терапевтическое вмешательство*. Если большая часть времени будет посвящена описанию проблемы или выявлению дисфункциональных мыслей и убеждений, с нею связанных, — пациенту *не* станет лучше. Ваша цель — помогать пациентам (во время самой сессии) правильно реагировать на дисфункциональные когниции, решать проблемы частично или полностью, а также составлять домашнее задание, выполнение которого улучшает самочувствие и способствует устранению проблемы. На протяжении всей сессии нужно задавать себе два вопроса:

- «Что я могу сделать, чтобы пациент почувствовал себя лучше к концу сессии?»
- «Что я могу сделать, чтобы следующая неделя пациента прошла лучше?»

## Новое домашнее задание

Если пациент не выполнил домашнее задание, то, возможно, терапевт:

- предложил задания, которые слишком сложны или не связаны с переживаниями пациента;
- не объяснил, зачем выполнять задания;
- забывает проверять предыдущие задания;
- не подчеркнул важность ежедневного выполнения домашних заданий в принципе и конкретных — в частности;
- не смог ясно объяснить, как выполнить задание;
- не дал возможности в первый раз выполнить задание уже во время сессии, не провел скрытой репетиции (с. 336–338) и не задал стандартных вопросов о потенциальных трудностях, которые могут помешать выполнению;
- не просил пациента записывать домашнее задание;
- не учел желание пациента выполнять такое задание.

Если ни один из перечисленных выше пунктов к вам не относится, попробуйте выяснить, какие дисфункциональные убеждения препятствуют выполнению домашнего задания (например: «Мне станет лучше, даже если я не буду стараться»; «Терапевт должен вылечить меня, а мне ничего менять не нужно»; «Я не способен выполнить такое задание»; «Домашнее задание слишком обычное, оно никак не улучшит моего состояния»). Нужно помочь пациентам выявить дисфункциональные представления, связанные с домашним заданием, и проверить их достоверность. Подробнее домашние задания обсуждаются в главе 17.

## Финальное подведение итогов

Вы будете подводить промежуточные итоги несколько раз на протяжении сессии, чтобы убедиться, что правильно понимаете пациента. Если вы следовали стандартной процедуре и отметили все самое важное, то подвести финальный итог будет несложно: вам нужно просто просмотреть свои записи и назвать все темы, которые удалось обсудить, а также домашнее задание. Если терапевтические заметки не ведутся, пациентам бывает сложно сделать общие выводы и вспомнить все важные замечания, сделанные в ходе сессии.

## Обратная связь

Проблемы с обратной связью возникают, когда к концу сессии пациенты слишком расстроены, а времени на проработку этих негативных эмоций не осталось; или же когда пациенты расстроены, но не связывают свои эмоции с вами. С практической точки зрения избежать подобной проблемы можно, если начинать подведение итогов за 5–10 минут до конца сессии. Тогда вы сможете еще раз проговорить домашнее задание, обсудить, не стоит ли назначить дополнительных заданий, подвести итоги сессии или попросить пациента это сделать, а также получить обратную связь и ответить на нее. Ниже приведен пример реакции на негативную обратную связь:

Т. Как вам сегодняшняя сессия? Может быть, вам показалось, что я что-то поняла неправильно? Или сказала что-то, что вам не понравилось?

П. Мне кажется, вы не понимаете, как мне тяжело делать что бы то ни было. У меня так много обязанностей и так много проблем! *Вам*-то легко говорить, что мне просто нужно сосредоточиться на работе и забыть о проблемах с директором.

Т. Очень хорошо, что вы мне об этом сказали, и мне жаль, что у вас сложилось такое впечатление. Но на самом деле я *правда* понимаю, как тяжело вам из-за проблем с директором. Жаль, что нам уже не хватит времени обсудить это сегодня (*пауза*). Но все же скажите, пожалуйста, сейчас: были ли с моей стороны какие-то конкретные слова или действия, из-за которых вам показалось, что я предлагаю просто забыть о проблемах с директором?

Затем я устранила непонимание, и мы согласились внести проблему в повестку дня следующей сессии.

Трудности со структурированием сессий при работе с различными пациентами возникают как у опытных терапевтов, так и у начинающих. Более подробное описание того, как концептуализировать и модифицировать проблемы, о которых пациенты рассказывают на сессиях, можно найти в других моих книгах (J. S. Beck, 2005).

# Выявление автоматических мыслей

Согласно когнитивной модели, интерпретация ситуации (а не сама ситуация), обычно имеющая вид альтернативных мыслей, влияет на эмоции, поведение и физиологические реакции человека. Конечно же, есть события, способные огорчить каждого: например, личная обида или отказ. Однако люди с психическими расстройствами часто неверно интерпретируют нейтральные и даже позитивные ситуации — иными словами, их автоматические мысли необъективны. Критический разбор подобных мыслей и исправление мыслительных ошибок часто приводит к улучшению общего состояния пациента.

В этой главе вы узнаете об основных характеристиках автоматических мыслей. А затем мы разберем:

- как объяснять автоматические мысли пациентам;
- как выявлять и конкретизировать автоматические мысли;
- как научить пациентов самостоятельно выявлять автоматические мысли.

## Характеристики автоматических мыслей

Автоматические мысли — это поток мышления, который сосуществует с более явным, осознаваемым потоком мыслей (Beck, 1964). Эти мысли не являются чем-то особенным и встречаются не только у людей с психологическими проблемами — они свойственны нам всем. Большую часть времени мы практически их не осознаем, хотя достаточно легко научиться выводить их на сознательный уровень. Научившись осознавать эти мысли, можно

автоматически проводить проверку их достоверности, чтобы понимать, дисфункциональны они или нет.

Например, читатель этого текста, сосредоточиваясь на содержании главы, может иметь автоматическую мысль «Я ничего не понимаю» и из-за этого слегка тревожиться. Однако он может спонтанно (и неосознанно) отреагировать на эту мысль продуктивно: «*Кое-что* я все-таки понимаю; надо просто перечитать вот этот раздел еще раз».

Подобная проверка соответствия автоматических мыслей реальности и реакция на негативные мысли — обычное дело. Однако в подавленном состоянии люди не всегда способны оценить свои мысли критически. Когнитивно-поведенческая терапия помогает им оценивать автоматические мысли осознанно и последовательно, особенно когда они расстроены.

Например, когда Салли читала очередную главу из учебника по экономике, она рассуждала примерно так же, как упомянутый выше читатель: «Я ничего не понимаю». Однако затем ее размышления уходили в деструктивном направлении: «Я *никогда* это не пойму». Она считала эти мысли правдивыми и из-за этого грустила. Однако когда Салли освоила инструменты, которые предлагает когнитивно-поведенческая терапия, она смогла использовать собственные негативные эмоции в качестве сигнала к тому, что нужно формулировать и переоценивать автоматические мысли, а также формулировать адаптивный ответ: «Секундочку, вовсе не обязательно правда, что я никогда ничего не пойму. Да, у меня есть трудности, но если я перечитаю материал сейчас или вернусь к нему, когда почувствую себя лучше, вероятно, я лучше во всем разберусь. В любом случае это понимание никак не повлияет на мою жизнь. К тому же я всегда могу попросить кого-нибудь все мне объяснить».

Хотя автоматические мысли и возникают спонтанно, как только идентифицированы глубинные убеждения пациента, их становится несложно предсказать. Вам нужно выявить дисфункциональные автоматические мысли — то есть такие, которые искажают реальность, негативно влияют на эмоциональное состояние и/или мешают пациенту достигать поставленных целей. Дисфункциональные автоматические мысли почти всегда негативные; исключение составляют только маниакальные и гипоманиакальные пациенты, пациенты с нарциссическими расстройствами личности или пациенты с зависимостями, вызванными употреблением психоактивных веществ.

Автоматические мысли обычно довольно короткие, и пациенты лучше осознают *эмоции*, которые ими вызываются, но не сами мысли. Например, во время сессии пациент может осознавать, что почувствовал тревогу, грусть, раздражение или стыд, но не осознавать вызвавших их мыслей, пока терапевт не задаст наводящий вопрос.

Эмоции, которые переживают пациенты, логически связаны с содержанием автоматических мыслей. Например, пациент думает: «Я такой неудачник. Я не понимаю ничего, что говорится [на совещании]», — и ощущает грусть. В следующий раз он думает: «Она [моя жена] меня не ценит», — и злится. И он тревожится, когда думает: «А что, если мне не одобрят кредит? Что мне делать?»

Часто автоматические мысли звучат очень коротко, но их истинное значение несложно понять: достаточно спросить пациента, что именно имеется в виду. Например, когда пациент думает: «О нет!» — это на самом деле значит «[Мой босс] даст мне слишком много работы». Для другого пациента мысль «Черт!» может иметь следующее значение: «Я такой дурак, что оставил телефон на работе».

Автоматические мысли могут иметь вербальную и/или образную форму. У описанного выше пациента автоматическая мысль выражалась вербально («О нет!»), а также он представлял себя, сидящего в одиночестве за рабочим столом среди ночи и пытающегося подбить налоги (более подробное описание визуальной формы автоматических мыслей дано в главе 16).

Оценивать автоматические мысли можно с точки зрения их *достоверности* и *полезности*. Чаще всего автоматические мысли так или иначе искажены и приходят в голову несмотря на очевидные доказательства их неверности. Кроме того, автоматические мысли бывают верными, однако человек делает из них искаженные *выводы*. Например: «Я не сделал того, что обещал [другу]» — это правдивая мысль, но вот заключение «Значит, я плохой человек» — нет.

К третьему типу автоматических мыслей можно отнести мысли, которые также верны, но по определенным причинам оказываются дисфункциональными. Например, когда Салли готовилась к экзаменам, она подумала: «На подготовку понадобится очень много времени. Придется сидеть до трех часов ночи». Безусловно, эта мысль была правильной, но она лишь усилила тревогу, из-за чего снизилось внимание и мотивация. Разумным ответом на эту мысль была бы проверка ее полезности: «Действительно, придется хорошенько потрудиться, чтобы успеть к экзамену, но я справлюсь; раньше у меня все получалось. А если я буду думать о том, как много еще предстоит сделать, я только почувствую себя хуже и не смогу сосредоточиться. Возможно, мне потребуется даже больше времени. Намного полезнее сосредоточиться на том, чтобы за конкретный промежуток времени заканчивать определенную часть работы и похвалить себя за это». Оценка достоверности и/или полезности автоматических мыслей, а также адаптивная реакция на них обычно приводят к улучшению настроения.

*Резюме*. Автоматические мысли сосуществуют с более очевидным потоком мыслей, возникают спонтанно и не основываются на рефлексии или волевых решениях. Обычно люди намного лучше осознают вызванные ими эмоции,

а не сами мысли. Однако, потренировавшись, можно научиться выводить их на уровень сознания. Мысли, связанные с личными проблемами, ассоциируются с *конкретными* эмоциями в зависимости от содержания и значения. Как правило, они сформулированы кратко и звучат быстро, могут возникать как в вербальной, так и в образной форме. Обычно люди принимают свои автоматические мысли за правду, не обдумывая и не оценивая их. Выявление, оценка и правильная (более адаптивная) реакция на автоматические мысли обычно позволяют достичь улучшения эмоционального состояния.

## Как объяснить природу автоматических мыслей пациенту

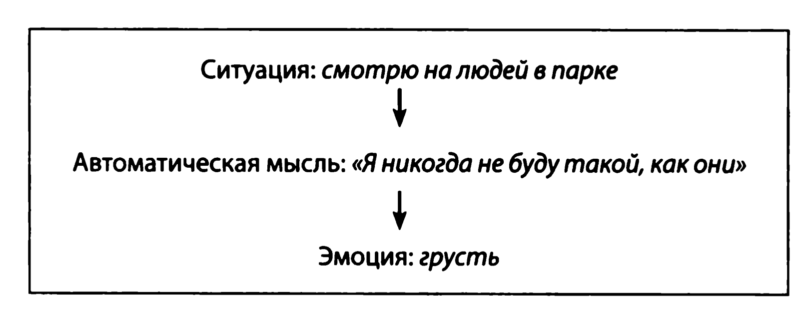
Объяснять пациенту, что такое автоматические мысли, лучше всего на примерах из его жизни. Желательно выявлять автоматические мысли, связанные с определенной проблемой, в рамках ее обсуждения.

Т. (*Переходит к первому пункту повестки дня.*) Что ж, поговорим о том, как вчера вы расстроились, когда гуляли в парке.
П. Давайте.
Т. Что вы в тот момент ощутили? Грусть? Тревогу? Злость?
П. Грусть.
Т. А о чем вы думали?
П. (*Продолжает описывать ситуацию, а не автоматические мысли.*) Я смотрела на людей в парке, как им хорошо, как они бросают фрисби и все такое.
Т. А какие мысли возникали у вас, когда вы на них смотрели?
П. Что я никогда не буду такой, как они.
Т. Понятно. (*Проводит психологическое просвещение.*) Только что вы назвали так называемую *автоматическую мысль.* Они бывают у всех без исключения. Эти мысли возникают словно из ниоткуда. Мы никогда не думаем их намеренно, поэтому они и называются автоматическими. Обычно они пролетают в голове очень быстро, и мы больше осознаем эмоции, которые они вызывают, — в данном случае, как вы сказали, грусть, — чем сами мысли. Часто эти мысли не соответствуют реальности, но мы все равно им верим.
П. Хммм.
Т. На терапии вы научитесь выявлять подобные автоматические мысли и оценивать, насколько они правдивы. Например, через минуту мы оценим, насколько правдива ваша мысль «Я никогда не буду такой, как

они». Как думаете, как изменились бы ваши эмоции, если бы вы поняли, что эта мысль ложна, что, когда у вас нормальное настроение, вы ничем не отличаетесь от всех этих людей в парке?

П. Я бы почувствовала себя лучше.

В данном случае я предложила альтернативный сценарий в качестве иллюстрации когнитивной модели. Позже я использовала сократовский диалог (см. главу 11), чтобы вместе с пациенткой протестировать мысль и помочь ей сформулировать адаптивный ответ. Затем я записала автоматическую мысль, делая акцент на когнитивной модели.




Т. А теперь давайте все это запишем. Когда вы подумали: «Я никогда не буду такой, как они», вам стало грустно. Понимаете, как мысль повлияла на то, что вы почувствовали?

П. Да.

Т. Мы называем это *когнитивной моделью*. На терапии мы как раз постараемся научить вас выявлять автоматические мысли в моменты, когда ваше настроение резко меняется. Это будет наш первый шаг. Мы будем отрабатывать этот навык, пока не станет совсем легко. А затем вы научитесь оценивать мысли и даже менять образ мыслей, если он не будет соответствовать реальности. Пока все понятно?

П. Кажется, да.

Т. (*Проверяет, действительно ли пациенту все понятно.*) Могли бы вы своими словами описать связь между мыслями и действиями?

П. Иногда у меня возникают неправильные мысли, и из-за них я плохо себя чувствую... Но вдруг мои мысли окажутся правильными?

Т. Хороший вопрос. Если окажется, что ваши мысли правильно отражают реальность, нам нужно будет решить проблему, из-за которой эти мысли *оказываются* правильными. Хотя я полагаю, что мы найдем много искаженных мыслей: так всегда бывает, когда человек переживает депрессию. Нереалистичное негативное мышление всегда свойственно

для депрессии. В любом случае мы вместе разберемся, правильно вы рассуждаете или нет.

К концу этой сессии я снова проверяю, насколько пациент понял когнитивную модель.

Т. Давайте подведем итоги: могли бы вы сказать, как вы понимаете взаимосвязь между мыслями и чувствами?
П. Ну, иногда автоматические мысли просто возникают в голове, и я принимаю их за правду. А потом я чувствую себя... по-всякому: грущу, волнуюсь...
Т. Все правильно. Как вы отнесетесь к тому, чтобы в качестве домашнего задания поискать такие автоматические мысли на будущей неделе?
П. Можно.
Т. Как вы думаете, почему я предлагаю это сделать?
П. Потому что иногда мои мысли оказываются неправильными, а если я смогу понять, что именно думаю, то смогу изменить мысли и почувствовать себя лучше.
Т. Именно. Хорошо, тогда давайте запишем задание: «Когда я замечаю, что мое настроение резко изменилось, нужно спросить себя...» Вы помните, что нужно спросить?
П. О чем я подумала?
Т. Точно! Так и запишите.

## Выявление автоматических мыслей

Навык выявления автоматических мыслей ничем не отличается от любого другого навыка. Некоторые пациенты (и терапевты) осваивают его быстро и легко. Другим, чтобы научиться выявлять автоматические мысли и образы, нужны помощь и практика. Основной вопрос, который вы будете задавать:

**«О чем вы думаете/подумали?»**

Задавать его нужно:

- когда пациенты описывают проблемную ситуацию, возникшую после предыдущей сессии;
- когда вы замечаете возникновение или усиление негативных эмоций пациента во время сессии.

В последнем случае крайне важно обращать внимание на вербальные и невербальные сигналы со стороны пациента, чтобы поймать его «горячие когниции», — то есть важные автоматические мысли и образы, которые возникают непосредственно на сессии и связаны с изменением или усилением эмоций. Горячие когниции могут касаться как самого пациента («Я неудачник»), так и терапевта («Он меня не понимает») или обсуждаемой ситуации («Мне так много нужно делать, это несправедливо»), а также могут подрывать мотивацию пациента и его чувство самоценности. Они мешают пациенту сосредоточиться на сессии. Наконец, они могут помешать выстраиванию терапевтических отношений. Идентификация автоматических мыслей сразу же после их появления позволяет пациенту тут же проверять их и реагировать на них, а это положительно сказывается на динамике сессии в целом.

Как понять, что состояние пациента изменилось? Нужно постоянно следить за невербальными сигналами: мимикой, мышечным напряжением, позой и жестами. К вербальным сигналам относятся также тон, высота, громкость и скорость речи. Если вы заметите подобные сигналы, то можете предположить, что настроение пациента изменилось, и спросить его, о чем он только что подумал.

## Трудности, связанные с выявлением автоматических мыслей

Если пациенту не удается ответить на вопрос «О чем вы только что подумали?», вы можете:

1. Спросить его, что именно он почувствовал и какими телесными проявлениями это сопровождалось;
2. Получить подробное описание проблемной ситуации;
3. Попросить пациента вообразить беспокоящую его ситуацию;
4. Предложить пациенту разыграть определенное взаимодействие по ролям (если беспокоящая ситуация связана с межличностным взаимодействием);
5. Узнать, какой образ возникает в воображении пациента;
6. Огласить мысли, противоположные тем, которые, как вам кажется, на самом деле возникли у пациента;
7. Спросить, какое значение для него имеет ситуация;
8. Перефразировать вопрос.

Эти техники проиллюстрированы в приведенных ниже стенограммах терапевтических бесед.

## Усиление эмоциональной и физиологической реакции

Т. Салли, когда вы думали, не поднять ли руку в аудитории, какие мысли у вас возникали?
П. Не знаю.
Т. Как вы себя тогда чувствовали?
П. Наверное, тревожно.
Т. А где в теле сосредоточилась эта тревожность?
П. Здесь. (*Показывает на живот.*) В желудке.
Т. Вы можете сейчас почувствовать то же ощущение?
П. (*Кивает.*)
Т. Итак, вы сидели в аудитории, думали о том, не ответить ли на заданный вопрос, и почувствовали тревожное ощущение где-то в области желудка... И о чем вы в тот момент могли подумать?
П. Что, если я плохо отвечу, на меня будут смотреть осуждающе.

## Получение подробного описания

Т. Значит, вчера вечером вы были в своей комнате одна, и вдруг почувствовали сильную грусть?
П. Да.
Т. А о чем вы тогда подумали?
П. Не знаю. Мне было очень тоскливо, грустно.
Т. А можете подробнее описать мне, как это было? Который час был тогда? Чем вы занимались? Что еще происходило вокруг?
П. Было где-то 18:15. Я только вернулась с ужина. В общежитии было пусто, поэтому я быстро поела. Я собиралась достать учебники, чтобы сделать задание по химии...
Т. Вы собирались сделать задание и думали...
П. (*Называет автоматическую мысль.*) Это так сложно. Я никогда не пойму этот предмет.
Т. И что случилось потом?
П. Я просто пошла и легла в кровать.
Т. И пока вы лежали, о чем вы думали?
П. Как я не хочу все это делать. Как не хочу быть сейчас здесь.

### Визуализация ситуации

Т. Салли, представьте, пожалуйста, что вы *прямо сейчас* снова оказались в аудитории, профессор что-то говорит, рядом перешептываются ваши однокурсники, а вы нервничаете... Вы можете это визуализировать, будто все происходит прямо сейчас? Какого размера аудитория? Где вы сидите? Что говорит профессор? Что вы делаете? И тому подобное.

П. Я на занятиях по экономике. Впереди профессор. Давайте попробуем... (*Переключается на прошедшее время, которое ослабляет ощущение реалистичности и, как следствие, эмоциональную реакцию.*) Я сидела где-то на предпоследнем ряду и очень внимательно слушала...

Т. (*Подталкивает пациента выражаться так, словно все происходит в данный момент.*) Лучше скажите: «Я сижу на предпоследнем ряду и внимательно слушаю...»

П. Профессор рассказывает, какие мы можем выбрать темы: макроэкономический взгляд на экономику или... что-то еще, а затем слева от меня парень наклоняется и шепотом спрашивает: «Когда нужно сдать доклад?»

Т. И о чем вы в этот момент думаете?

П. Что он сказал? Что я пропустила? Теперь я не буду знать, что делать.

## Воссоздание межличностного взаимодействия через ролевую игру

Сначала пациенты описывают, кто и что сказал, а затем ситуация разыгрывается по ролям: пациент играет себя, а терапевт — другого человека.

Т. Значит, вы почувствовали грусть, когда спросили одногруппницу о задании?

П. Да.

Т. И о чем вы думали, пока разговаривали?

П. (*Пауза.*) ...Не знаю. Я просто очень расстроилась.

Т. Можете повторить, что вы говорили ей, а она — вам?

П. (*Описывает.*)

Т. Давайте разыграем эту ситуацию по ролям? Я буду вашей одногруппницей, а вы — собой.

П. Хорошо.

Т. А когда мы воссоздадим ситуацию, постарайтесь понять, какие мысли у вас в ответ на нее возникают.

П. (*Кивает.*)

Т. Хорошо, начинайте. Что вы сказали сначала?

П. Лиза, можно тебя спросить?

Т. Да, но можешь мне потом перезвонить? Сейчас я тороплюсь на занятия.
П. Да я быстро. Просто я пропустила, что профессор Смит говорил о нашем докладе.
Т. Я очень спешу. Позвони мне после семи, ладно? Пока... Хорошо, прекращаем. На этот раз вы заметили, какие возникли мысли?
П. Да. Я подумала, что она слишком занята, чтобы мне ответить, что ей не хочется мне помогать и что я не знаю, что делать.
Т. Хорошо, вы подумали: «Она слишком занята, чтобы мне ответить», «Она не хочет мне помогать» и «Я не знаю, что делать».
П. Да.
Т. И из-за этих мыслей вам грустно?
П. Да.

## Воссоздание образа

Т. Значит, когда я спросила: «Как дела с учебой?» — вы почувствовали грусть. А о чем вы подумали?
П. Кажется, я подумала о занятиях по экономике, какую оценку получу за доклад.
Т. Вы это представляли себе? Может быть, в воображении возник какой-то конкретный образ?
П. Да. Я представила большую красную тройку в верхнем правом углу листа.

## Предложение противоположной мысли

Т. Может быть, когда вы сидели в комнате одна, вы думали, как все идет *хорошо*?
П. Как раз наоборот! Я думала, что не знаю, правильно ли поступила, когда поступила сюда.

## Определение смысла ситуации

Т. А что для вас значило получить за доклад «четыре с минусом»?
П. Что я недостаточно умная. И что мне не хватает нужных знаний.

## Перефразирование вопроса

Т. Так о чем вы подумали, когда мать вам не перезвонила? Может быть, вы предсказали какой-то определенный вариант развития событий? Или что-то вспомнили?

Также можно, хотя и нежелательно, спрашивать пациента: «Можете предположить, о чем вы в тот момент думали?» или «Может быть, вы думали о __________ или о __________?» — потому что предположения могут оказаться неверными. Но иногда эти вопросы дают желаемый результат.

Когда пациентам будет сложно определить свои автоматические мысли, вы можете применить одну или несколько из описанных выше техник. Но если им все равно не удастся справиться с задачей, вы можете вместе принять решение о смене темы обсуждения, чтобы пациенту не казалось, будто он на допросе, а также чтобы он не почувствовал себя неудачником:

Т. Что ж, иногда эти мысли сложно отследить. Ничего страшного. Предлагаю перейти к обсуждению __________.

## Выявление дополнительных автоматических мыслей

Важно продолжать задавать вопросы даже после того, как была обнаружена исходная автоматическая мысль. Дополнительные вопросы могут выявить и другие, не менее важные мысли.

Т. Значит, когда вы получили результаты теста, вы подумали: «Мне нужно было больше стараться. Нужно было лучше готовиться». О чем еще вы подумали?
П. Что все, наверное, справились лучше меня.
Т. И что еще?
П. Я подумала: «Мне не нужно было вообще сюда поступать. Я неудачница».

Вы должны понимать, что у пациентов могут возникать автоматические мысли, связанные не непосредственно с ситуацией, но с их *реакцией* на нее. Пациенты могут негативно относиться к своим эмоциям, поведению или физиологическим реакциям.

Т. Значит, вы подумали: «Я могу опозориться», — и ощутили тревогу? А что случилось потом?
П. Мое сердце забилось очень быстро, и я подумала: «Что со мной не так?»
Т. И почувствовали себя...
П. Еще хуже.
Т. А потом?
П. Я подумала: «Я никогда не буду нормальной».
Т. И почувствовали...
П. Грусть и безнадежность.

Т. А потом?
П. Мне стало так плохо, что я подумала, что никакой радости Элисон за обедом не доставлю, поэтому сказала ей, что плохо себя чувствую, и просто вернулась в комнату.

Обратите внимание, что первые автоматические мысли пациентки были связаны непосредственно с ситуацией (вызваться отвечать). А затем она стала думать о своей тревоге и телесных реакциях на нее. Обычно эти вторичные эмоциональные реакции сильно расстраивают и негативно влияют на и без того проблемную ситуацию. Именно в ответ на эти мысли Салли сделала негативное предсказание, которое повлияло на ее дальнейшее поведение.

Чтобы терапевтическое воздействие было наиболее эффективным, важно определить, что расстроило пациентов больше всего и когда (до, во время или после случившегося) и какие автоматические мысли у них возникли. Расстраивающие автоматические мысли могут появляться у пациентов:

- *до* ситуации, когда они предполагают, что может случиться («Что, если она на меня накричит?»);
- *во время* ситуации («Она думает, что я дура»);
- *после* ситуации как рефлексия произошедшего («Я ничего не могу сделать правильно — не надо было даже пытаться»).

## Выявление проблемной ситуации

Иногда пациенты не только не в состоянии определить, какие автоматические мысли связаны с конкретными эмоциями, но и понять, какая ситуация или какой вопрос больше всего их беспокоит (или какой их аспект расстраивает сильнее всего). В таком случае вы можете помочь выявить самую проблемную ситуацию, предложив несколько вариантов проблем. Затем попросите пациента представить, что с одной из них он справился, и оценить, какое облегчение это ему бы принесло. Как только вам удастся определиться с ситуацией, выявить автоматические мысли будет легче.

Т. (*Подводит итог.*) Итак, на протяжении последних нескольких дней вы были очень расстроены, но не можете сказать почему. И не можете понять, что думаете — просто постоянно расстроены. Правильно?
П. Да. Я просто не знаю, почему мне все время так грустно.
Т. А что занимало ваши мысли все эти дни?

П. Ну, например, учеба. А еще я не особенно лажу с соседкой по комнате. А еще опять пробовала связаться с мамой, и не получилось... короче, все сразу.
Т. Значит, у вас есть трудности с учебой, с соседкой по комнате, с мамой... что-то еще?
П. Да. Я не очень хорошо себя чувствовала. Боюсь, что заболеваю.
Т. Какая из этих трудностей больше всего вас беспокоит: учеба, соседка, невозможность связаться с мамой или плохое самочувствие?
П. Даже не знаю. Они все меня беспокоят.
Т. Тогда давайте запишем все четыре вопроса. Представьте гипотетически, что нам удалось решить проблему плохого самочувствия. Скажем, нам точно известно, что физически вы в порядке. Как сильно вы бы тревожились?
П. Примерно так же.
Т. Хорошо. А если, предположим, сразу после этой сессии вы бы дозвонились маме и узнали, что у нее все в порядке, как бы изменилось ваше самочувствие?
П. Стало бы чуть лучше. Но не сильно.
Т. Хорошо. Тогда давайте перейдем к проблеме с учебой. Можете конкретизировать, в чем именно она заключается?
П. На следующей неделе мне нужно сдать доклад.
Т. Хорошо, предположим, вы сдали его заранее и знаете, что хорошо его написали. Как бы это повлияло на ваше состояние?
П. Я бы почувствовала огромное облегчение, если бы сдала доклад и знала, что он написан хорошо.
Т. Похоже, на данный момент доклад беспокоит вас сильнее всего.
П. Да, пожалуй.
Т. Ну а теперь, просто чтобы убедиться... если бы доклад все еще не был закончен, но вы решили вопрос с соседкой — как бы чувствовали себя в таком случае?
П. Не слишком хорошо. Думаю, *именно* доклад больше всего меня беспокоит.
Т. Значит, через несколько минут мы сосредоточимся на этом вопросе. Но сначала я хочу попросить вас сформулировать, как мы действовали, чтобы выяснить, какая проблема самая важная, чтобы в дальнейшем вы могли делать это сами.
П. Ну, я перечислила все, что меня тревожило, а потом представляла, что было бы, если бы эти проблемы решились одна за другой.
Т. И тогда вы смогли понять, что принесло бы вам самое большее облегчение.
П. Да.

Затем мы сфокусировались на решении проблем с учебой, попутно выявляя автоматические мысли и подбирая правильную реакцию на них.

Аналогичным образом можно строить обсуждение в случае, когда нужно выяснить, какой *аспект* проблемы, которая подавляет пациента своим масштабом, можно считать самым важным.

Т. Значит, в последнее время соседка очень вас расстраивала. А что именно вас беспокоило?
П. Не знаю... все.
Т. Вы можете перечислить конкретные проблемы?
П. Ну, она брала мою еду и ничего не оставляла взамен. Она не со зла это делает, но мне все равно неприятно. А еще у нее есть парень, и, когда она с ним разговаривает, я постоянно думаю, что у меня никого нет. Она неопрятная, постоянно бросает вещи где попало... И ни о ком, кроме себя, не думает. Например, иногда очень громко говорит по телефону.
Т. Может быть, что-то еще?
П. Это, наверное, главное.
Т. Понятно. Тогда давайте применим технику, которую уже использовали. Сейчас я зачитаю вам все проблемы, чтобы вы определили, какая из них беспокоит вас сильнее всего. Если у вас не получится, мы будем представлять, что они решены, одна за другой, — и посмотрим, что сильнее всего повлияет на ваше состояние. Хорошо?

## Как различать автоматические мысли и интерпретации

Когда вы просите пациентов назвать их автоматические мысли, вы хотите получить *непосредственно* те слова и образы, которые возникают у них в голове. Однако в первое время многие пациенты рассказывают об *интерпретациях*, которые могут не отражать конкретных мыслей. Ниже приведена стенограмма беседы, в которой я помогаю пациентке сформулировать мысли, а не интерпретации.

Т. Когда вы увидели эту женщину в столовой, о чем вы подумали?
П. Я подумала, что прячу свои истинные чувства.
Т. Но что именно вы в тот момент подумали?
П. Я не совсем понимаю, что вы имеете в виду.

В данном случае пациентка пересказала мне *интерпретацию* того, что чувствовала и думала. Тогда я подступила к вопросу с другой стороны: постаралась сосредоточиться на ее эмоциях и усилить их.

Т. Когда вы ее увидели, какая у вас возникла эмоция?
П. Я подумала, что прячу свои истинные чувства.

Т. Так-так. Какие чувства?
П. Я не уверена.
Т. (*Называет эмоцию, противоположную той, которую, на ее взгляд, могла переживать пациентка.*) Когда вы увидели ее, вы обрадовались? Повеселели?
П. Нет, совсем нет.
Т. Вспомните, пожалуйста, как зашли в столовую и увидели ее. Можете представить это себе?
П. Ага.
Т. И что вы чувствуете?
П. Наверное, грусть.
Т. А когда смотрите на нее, какие возникают мысли?
П. (*Продолжает говорить об эмоциях и физиологических реакциях, а не об автоматических мыслях.*) Мне очень грустно, а в животе как будто какая-то дыра.
Т. И о чем вы думаете?
П. Что она умная. (*Автоматическая мысль.*) А я по сравнению с ней просто ничтожество.
Т. Хорошо. Что-то еще?
П. Нет. Потом я просто подошла к столу и заговорила с подругой.

## Конкретизация автоматических мыслей, включенных в обсуждение

Пациентам нужно учиться замечать, из каких именно слов формируются их автоматические мысли, чтобы эффективно их оценивать. Вот несколько примеров выражений, использованных при обсуждении, и автоматических мыслей в их исходном виде.

| **Выражения, использованные в обсуждении** | **Непосредственно автоматические мысли** |
| --- | --- |
| Наверное, я думала о том, нравлюсь ли ему | Я ему нравлюсь? |
| Не уверена, что, обратившись к профессору, просто не потрачу время впустую | Скорее всего, если пойду, просто потрачу время зря |
| Я не могу заставить себя начать читать | У меня не получится |

Вам нужно мягко направлять пациентов, помогая им находить исходные формулировки — слова, которые они мысленно произносят.

Т. Так о чем вы подумали, когда на лекции вдруг резко покраснели?
П. Наверное, подумала, что показалась ему странной.
Т. Можете вспомнить, какие именно слова тогда пришли в голову?
П. (*Озадаченно.*) Не совсем понимаю.
Т. Как именно прозвучала мысль в голове: «Наверное, подумала, что показалась ему странной» или что-то вроде «Вдруг он подумает, что я странная?»
П. А, поняла. Второе. Точнее, я подумала: «Скорее всего, он подумал, что я странная».

## Изменение формы «телеграфных» или вопросительных мыслей

Обычно пациенты озвучивают не полностью сформулированные мысли. Такие «телеграфные» высказывания сложно оценить, поэтому вам нужно подвести пациента к тому, чтобы выразить мысль целиком.

Т. О чем вы подумали, когда объявили темы докладов?
П. «О-оу». Я просто подумала: «О-оу».
Т. А можете пояснить? «О-оу» — значит...
П. Мне ни за что не успеть закончить вовремя. Слишком много работы.

Если пациентам не удается сформулировать мысль, вы можете снова предложить им противоположную версию: «Может быть, “О-оу” значит “Как классно”?»

Иногда пациенты формулируют автоматические мысли в виде вопроса, что также осложняет их оценку. В таком случае вам нужно предложить пациенту пересказать мысль в утвердительной форме, и лишь после этого — оценить ее.

Т. Значит, вы почувствовали тревогу? И о чем вы в тот момент подумали?
П. Я думала: «А вдруг я не пройду тест?»
Т. Хорошо. Вы думали, что, скорее, его пройдете или не пройдете?
П. Что не пройду.
Т. Хорошо. Тогда, может, перефразируем вашу мысль так: «Я могу не пройти тест»?

Или другой пример.

Т. То есть у вас возникла мысль: «Что со мной будет [если я буду все больше нервничать]?» Но чего именно вы боялись?
П. Не знаю... Наверное, что потеряю над собой контроль.
Т. Хорошо, давайте разберем эту мысль: «Я могу потерять над собой контроль».

В данном случае я предложила пациентке прямо сформулировать ее страх. В следующем примере пациентке сначала было сложно понять, какой именно страх скрывался за автоматической мыслью. Для этого понадобилось задать несколько наводящих вопросов.

Т. Значит, вы подумали: «И что дальше?» Но что могло случиться дальше, как вы думаете?
П. Я не знаю.
Т. Вы боялись чего-то конкретного?
П. Не знаю.
Т. А что самое ужасное могло случиться в этой ситуации?
П. Эмм... меня могли исключить.
Т. Может быть, этого вы и боялись?

Ниже собраны другие примеры того, как можно переформулировать вопросительные мысли в утверждения, чтобы их оценка прошла эффективнее:

| **Вопрос** | **Утверждение** |
|---|---|
| «Смогу ли я справиться?» | «Я не смогу справиться» |
| «Смогу ли я перенести ее уход?» | «Я не перенесу, если она уйдет» |
| «А вдруг у меня не получится?» | «Если у меня не получится, я потеряю работу» |
| «Вдруг она разозлится на меня?» | «Если она разозлится на меня, она причинит мне боль» |
| «Как мне из этого выбраться?» | «Мне из этого не выбраться» |
| «А вдруг мне не удастся измениться?» | «Если я не изменюсь, всю жизнь буду неудачником» |
| «Почему это случилось именно со мной?» | «Со мной не должно было такого произойти» |

## Распознавание ситуаций, которые вызывают автоматические мысли

До сих пор большая часть примеров автоматических мыслей, приведенных в этой главе, была связана с внешними событиями (например, разговором с другом) или с потоком мыслей (например, с предстоящим экзаменом). Но существует широкий спектр переживаний, связанных как с внешним, так и с внутренним миром и могущих вызвать автоматические мысли. Рисунок 9.1 показывает, что у пациентов бывают автоматические мысли, обусловленные разными категориями событий и явлений. У них могут возникать мысли о собственных когнициях (мыслях, образах, убеждениях, грезах, мечтах, воспоминаниях), эмоциях, действиях или же физиологических или психических переживаниях. Любые из этих стимулов могут вызывать исходную автоматическую мысль (или их последовательность), за которой следует исходная эмоциональная, поведенческая и/или физиологическая реакция.

| **Ситуация/ стимул** | **Пример** | **Автоматические мысли** |
|---|---|---|
| Внешнее событие (или их последовательность) | В который раз мать вешает трубку | «Как она смеет так со мной обращаться!» |
| Поток мыслей | Мысли об экзамене | «Я ни за что столько не выучу» |
| Когниция: мысль, образ, убеждение, греза, мечта, воспоминание | В сознании всплывает образ, связанный с насилием | «Должно быть, я сошел с ума» |
| | Воспоминание о травматическом событии | «Я никогда этого не забуду. Эти ужасные воспоминания всегда будут мучить меня» |
| Эмоция | Злость | «Мне не нужно на него злиться. Я такой ужасный человек». |
| Поведение | Компульсивное переедание | «Я слабый. Даже свое питание не могу контролировать» |
| Физиологический или психический опыт | Учащенное сердцебиение | «А вдруг у меня серьезные проблемы со здоровьем?» |
| | Дереализация | «Я, наверное, схожу с ума» |

**Рис. 9.1.** Ситуации, вызывающие автоматические мысли

Далее у пациентов могут возникнуть дополнительные мысли касательно любой части когнитивной модели, которые приведут к дополнительным связанным с ней эмоциональным, поведенческим и/или физиологическим реакциям (рис. 9.2).

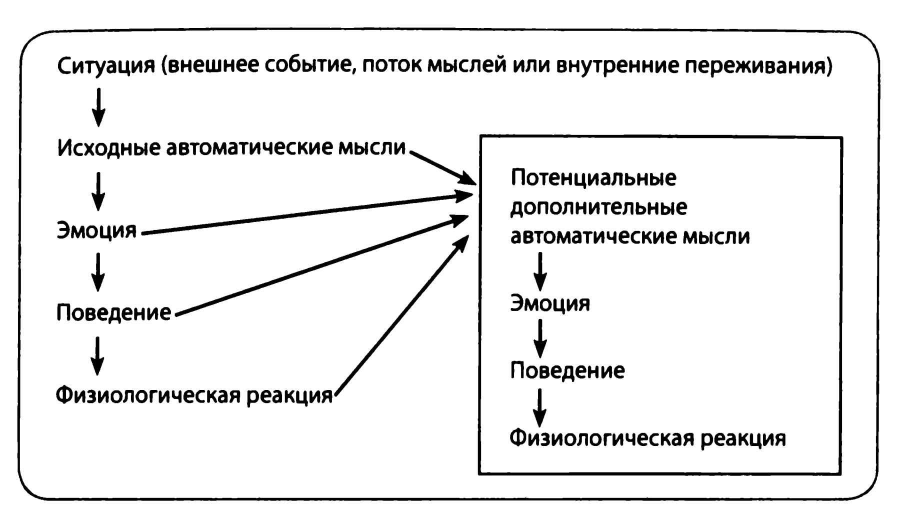



**Рис. 9.2.** Исходные и автоматические мысли и реакции

## Обучение пациентов выявлению автоматических мыслей

Как говорилось в главе 5, уже на первой сессии вы начинаете обучать пациентов навыкам выявления автоматических мыслей. В приведенном ниже примере я проиллюстрировала когнитивную модель на примере Салли.

Т. Салли, когда на следующей неделе вы заметите, что ваше настроение резко изменилось или стало хуже, можете задуматься и спросить себя: «О чем я прямо сейчас думала?»
П. Могу.
Т. А записать несколько таких мыслей сможете?
П. Конечно.

На последующих сессиях вы можете продолжить открыто обучать пациента другим техникам, если основной вопрос («О чем вы только что подумали?») не дал нужного эффекта.

Т. Иногда у вас не будет получаться выявить мысль. В таком случае сразу или спустя какое-то время вы можете попробовать повторить то, что мы с вами делаем на сессии. Постарайтесь восстановить эту сцену в воображении как можно более ярко: представьте, словно все повторяется, и сосредоточьтесь на своих чувствах. А затем спросите себя: «О чем я сейчас подумала?» Как думаете, у вас получится? Или нам стоит еще раз потренироваться?

П. Я попробую.

Если же базовые вопросы и имагинативная техника не принесли желаемых результатов, попросите пациента предположить, какими могли быть его мысли. У этого метода есть существенный недостаток: велика вероятность того, что пациент предложит вам более позднюю интерпретацию произошедшего, а не сами мысли.

Т. Если вам все равно будет трудно понять, о чем именно вы подумали, есть еще несколько вопросов, которые вы можете себе задать (см. рис. 9.3).

П. Хорошо.

Т. Вопрос может быть таким: если бы мне нужно было угадать, о чем я могла подумать, что бы я предположила? Или: более вероятно, что я думала о ___________ или о ___________? Или: я что-то себе представляла или вспоминала? Или, наконец: что эта ситуация для меня значит? Или же подумайте о том, какой могла бы быть мысль, полностью противоположная реально возникшей.

П. Ладно.

Т. Значит, если вам будет сложно понять, о чем вы подумали, и техника мысленного представления ситуации тоже не поможет, вы попробуете задать себе эти вопросы?

П. Хорошо.

Подводя итог, можно заключить, что люди с психическими расстройствами склонны допускать предсказуемые ошибки в мышлении. Вам нужно обучить пациентов идентифицировать собственные дисфункциональные мысли, затем оценивать их и изменять. Этот процесс начинается с выявления конкретных автоматических мыслей в конкретных ситуациях. Выявление автоматических мыслей — это навык, который не всем пациентам дается легко. Вам нужно внимательно следить за тем, чтобы пациенты действительно идентифицировали автоматические мысли; если же они называют интерпретации, задавайте им другие вопросы. В следующей главе, помимо прочего, мы обсудим разницу между автоматическими мыслями и эмоциями.

**ТЕХНИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ**

Базовый вопрос:

«О чем вы в тот момент подумали?»

**Чтобы выявить автоматические мысли:**

1. Задайте этот вопрос, как только заметите смену настроения или усиление негативных эмоций во время сессии.
2. Попросите пациента описать проблемную ситуацию, когда произошла смена настроения, а затем задайте базовый вопрос.
3. Если нужно, предложите пациенту задействовать воображение и описать ситуацию так, будто она происходит прямо сейчас, а затем задайте базовый вопрос.
4. По необходимости предложите пациенту разыграть по ролям конкретное межличностное взаимодействие, а потом задайте базовый вопрос.

**Другие вопросы для выявления автоматических мыслей:**

1. Если просто предположить: о чем вы могли подумать?
2. Как полагаете, вы могли думать о __________ или скорее о __________? (Терапевт предлагает несколько вероятных ответов.)
3. Вызывали ли вы в воображении образ того, что может произойти, или вспоминали уже случившееся?
4. Что эта ситуация значит для вас? (Или говорит о вас?)
5. Думали ли вы, что __________? (Терапевт предлагает мысль, противоположную той, которую ожидает услышать пациент.)

**Рис. 9.3.** Краткий обзор техник выявления автоматических мыслей (J. S. Beck, 2011). Copyright 2011, Judith S. Beck. Опубликовано с разрешения автора

# Выявление эмоций

Эмоции имеют огромное значение для когнитивно-поведенческой терапии. В конечном счете главными целями терапии являются облегчение симптомов (особенно душевных страданий) и достижение ремиссии.

Сильные негативные эмоции переживаются болезненно и являются дисфункциональными, если мешают пациенту здраво рассуждать, решать проблемы, эффективно действовать и получать удовольствие от различных видов деятельности. Пациенты с психическими расстройствами часто испытывают эмоции, выраженность которых не соответствует ситуации. Например, Салли испытала невероятное чувство вины, а затем грусти, когда ей пришлось отказаться от незначительного социального события с участием соседки. Кроме того, она чрезмерно тревожилась, когда нужно было обратиться за помощью к преподавателю. Тем не менее сила и качество эмоций пациента становятся объяснимы, когда вы понимаете силу его активизированных автоматических мыслей и убеждений (которые обычно приносят довольно сильную боль).

Важно признавать это и с пониманием относиться к чувствам пациентов и их нежеланию оспаривать или обсуждать свои эмоции. Оценивайте мысли и убеждения, которые лежат в основе негативных переживаний пациента, чтобы улучшить его настроение, но не оценивайте его эмоции.

Безусловно, невозможно обсудить *все* ситуации, в которых портится настроение пациента, поэтому используйте концептуализацию для принятия решения о том, какие проблемы пациента самые важные. Как правило, самые важные проблемы связаны с самыми сильными негативными переживаниями. Проблемы, которые вызывают у пациента неприятные эмоции «нормальной» силы, обычно не так важны. Цель когнитивно-поведенческой терапии — не избавиться от любых неприятных переживаний; негативные эмоции являются такой же важной частью жизни, как и позитивные, и обладают такими же важными функциями, как боль, — предупреждают о потенциальных проблемах, которые требуют решения.

Кроме того, терапевту нужно стремиться увеличивать количество *позитивных* эмоций в жизни пациента: через обсуждение (обычно довольно короткое) его интересов, позитивных событий, произошедших за неделю, и приятных воспоминаний. Вы будете предлагать пациентам домашние задания, направленные на увеличение количества видов деятельности, от выполнения которых пациент сможет почувствовать удовольствие и удовлетворение (см. главу 6).

В данной главе вы узнаете, как:

- отличать автоматические мысли от эмоций;
- различать эмоции;
- называть эмоции;
- оценивать силу эмоций.

## Отличие автоматических мыслей от эмоций

Многие пациенты не видят разницы между мыслями и эмоциями. Постарайтесь помочь пациентам осмыслить переживания и поделитесь с ними своим пониманием происходящего. Кроме того, нужно постоянно и мягко подталкивать пациентов к осмыслению опыта через призму когнитивной модели.

Информацию, которую представляют пациенты, можно разделить на несколько категорий согласно когнитивной модели: информация о ситуации, автоматическая мысль и реакция на нее (например, эмоции, поведение или физиологическая реакция). Внимательно отслеживайте моменты, когда пациенты путают мысли и эмоции. В таких случаях в зависимости от общего течения сессии, ее целей, силы терапевтического союза вы можете выбрать несколько линий поведения:

- проигнорировать заблуждение;
- сразу прояснить заблуждение (скрыто или открыто);
- разобраться с ним позже.

Чаще всего, когда пациент ошибочно называет мысль чувством, в контексте терапевтической ситуации это оказывается относительно неважным, и вы можете просто мягко исправить ошибку.

Т. Когда мы обсуждали повестку дня, вы упомянули, что хотите обсудить телефонный разговор с братом.
П. Да. Пару дней назад я ему позвонила, и он показался мне таким чужим...
Т. И что вы тогда почувствовали?
П. Я почувствовала, что ему на самом деле не хочется говорить со мной. И ему вообще все равно, позвоню я или нет.
Т. То есть, когда вы подумали: «Ему на самом деле не хочется говорить со мной. Ему вообще все равно, позвоню я или нет» — вам стало грустно? Или вы разозлились? Или почувствовали что-то еще?

На другой сессии я сочла такое заблуждение значимым, поскольку хотела научить Салли оценивать свои мысли с помощью техники «записи мыслей» (см. с. 221). Я намеренно обратила ее внимание на различие между эмоциями и мыслями: на тот момент это было особенно актуально, не прерывало естественный ход сессии и позволило не забыть важную информацию.

Т. На этой неделе вы думали о том, чтобы пойти прогуляться?
П. Да, пару раз.
Т. Можете вспомнить какой-нибудь конкретный случай?
П. Вчера после ужина я убиралась... не знаю.
Т. И какие вы в тот момент испытывали эмоции?
П. (*Озвучивает мысли.*) О, я чувствовала, что все это бессмысленно, что, скорее всего, это не поможет.
Т. Это очень важные мысли. Скоро мы вернемся к их оценке. Но сначала давайте обсудим, чем мысли отличаются от чувств. Вы не против?
П. Нет, давайте обсудим.
Т. Чувства — это то, что вы испытываете, переживаете; их можно назвать одним словом: например, грусть, злость, тревога и т. п. (*пауза*). А мысли — это ваши *идеи*; они появляются у вас в голове в форме слов, картинок, образов (*пауза*). Понимаете, что я имею в виду?
П. Наверное.
Т. Тогда давайте вернемся ко вчерашнему вечеру, когда вы думали о том, не пойти ли на прогулку. Какие эмоции вы испытывали?
П. Наверное, грусть.
Т. И думали при этом: «Это бессмысленно. Мне не станет лучше»?
П. Да.

В приведенных выше примерах Салли называла чувства мыслями. Иногда пациенты делают противоположную ошибку: называют мысли эмоциями.

Т. Когда вы вошли в пустую комнату, какие мысли у вас возникли, Салли?
П. Мне было грустно, одиноко, очень плохо.
Т. Вы чувствовали грусть, одиночество, вам было плохо. Но из-за каких мыслей возникли все эти эмоции?

## Почему важно различать эмоции

Вы постоянно концептуализируете проблемы пациентов, стараетесь понять, что они переживают, как смотрят на происходящее и какие глубинные убеждения активизируют конкретные автоматические мысли в конкретных ситуациях, влияя на их эмоции и поведение. Связь между мыслями, эмоциями и поведением пациентов должна быть логичной. Поэтому если пациент сообщает об эмоции, которая *не соответствует* содержанию автоматических мыслей, вам нужно подробнее расспросить пациента, как в стенограмме ниже.

Т. Что вы почувствовали, когда мама сразу вам не перезвонила?
П. Мне стало грустно.
Т. О чем вы подумали?
П. Я подумала: «А вдруг с ней что-то случилось? Вдруг что-то не так?»
Т. И почувствовали грусть?
П. Да.
Т. Это меня несколько озадачивает: мне кажется, эти мысли скорее *тревожные*, а не грустные. Может быть, вы подумали о чем-то еще?
П. Не знаю.
Т. Попробуете снова представить себе эту ситуацию? (*Помогает пациенту ярко представить произошедшее.*) Вы говорили, что не отходили от телефона и ждали звонка.
П. Да, и подумала: «А вдруг с ней что-то случилось? Вдруг что-то не в порядке?»
Т. И что происходит потом?
П. Я смотрю на телефон, на глаза наворачиваются слезы.
Т. И о чем вы думаете?
П. Если что-то случится с мамой, не останется никого, кому я небезразлична.
Т. «Не останется никого, кому я небезразлична». Какие чувства вызывает у вас эта мысль?
П. Мне грустно. Очень грустно.

Приведенное выше обсуждение выросло из несоответствия, на которое я обратила внимание. Я смогла показать, что *содержание* автоматической

мысли не подходит к *эмоции*, которая с ней ассоциируется. Затем я помогла Салли выявить более важную автоматическую мысль с помощью мысленной реконструкции ситуации. Если бы я сосредоточилась на тревожной мысли, то могла бы упустить главное переживание Салли. Хотя иногда бывает полезно уделить время и не самым важным мыслям, выявление и проработка *основных* автоматических мыслей обычно ускоряет терапевтический процесс.

## Трудности в назывании эмоций

Большинству пациентов легко назвать свои эмоции правильно. Однако одни люди обладают крайне скудным запасом слов для обозначения эмоций; другие умом понимают, чем отличается одна эмоция от другой, но верно судить о собственных переживаниях не могут. В любом случае полезно помочь пациентам увидеть связь между эмоциональными реакциями в конкретных ситуациях и их словесными выражениями. Пациенту может быть полезно составить схему эмоций по аналогии с той, которая изображена на рис. 10.1. В такую таблицу следует заносить актуальные или прошлые ситуации, когда пациент ощутил конкретную эмоцию, и в дальнейшем обращаться к ней, когда возникнут трудности с называнием эмоций.

| **Злость** | **Грусть** | **Тревога** |
|---|---|---|
| 1. Брат отменяет нашу встречу | 1. Мама не перезванивает | 1. Видеть состояние своего банковского счета |
| 2. Друг не вернул спортивную сумку | 2. Не хватает денег на отпуск | 2. Услышать о том, что может прийти торнадо |
| 3. У водителя такси слишком громко играет музыка | 3. В субботу нечем заняться | 3. Обнаружить шишку на шее |

**Рис. 10.1.** Пример схемы эмоций

Т. Предлагаю посвятить несколько минут обсуждению различных эмоций, чтобы мы лучше смогли понять, как вы себя чувствуете в различных ситуациях. Хорошо?

П. Конечно.

Т. Можете ли вы вспомнить, когда в последний раз злились?

П. Ну да... когда мой брат отменил нашу встречу, чтобы посмотреть фильм. Я забыл, чем именно мы собирались заняться, но помню, что очень этого хотел. В любом случае он просто сказал, что все отменяется и он уходит с друзьями...

Т. И что вы тогда об этом подумали?

П. За кого он себя принимает? Я бы с ним так не поступил. Ему нужно лучше ко мне относиться.

Т. И почувствовали...

П. Сильную злость.

В данном случае я предложила пациенту вспомнить конкретную ситуацию, в которой он испытал конкретные эмоции. После описания стало понятно, что свои эмоции пациент назвал правильно. Но я хотела убедиться в этом, а потому попросила его сформулировать автоматические мысли. Их содержание также совпало с названной эмоцией.

Затем я попросила пациента вспомнить другие ситуации, в которых он ощущал злость, грусть и тревогу. Я также просила его назвать конкретные автоматические мысли, которые возникали в этих ситуациях, чтобы убедиться, что эмоции названы правильно. Затем мы составили схему эмоций (рис. 10.1). Я попросила пациента использовать ее во время сессий и дома, когда ему будет трудно определиться с тем, что он чувствует.

Эта техника определения эмоций нужна не всем пациентам. Кому-то больше пользы принесет устное обсуждение вопроса. Другим поможет список негативных эмоций (рис. 10.2) и его краткое обсуждение.

Грусть, подавленность, одиночество, несчастье

Тревога, волнение, страх, испуг, напряжение

Злость, ярость, раздражение

Стыд, смущение, унижение

Разочарование

Ревность, зависть

Вина

Боль

Подозрительность

**Рис. 10.2.** Негативные эмоции

## Оценка силы эмоции

Иногда пациентам важно не только *назвать* эмоции, но и определить их *интенсивность.* У некоторых пациентов формируются дисфункциональные убеждения об эмоциях (Greenberg, 2002; Holland, 2003; Leahy, 2003) — например, уверенность в том, что, если они испытают даже незначительную негативную эмоцию, она тут же усилится и станет невыносимой. Когда пациенты учатся оценивать интенсивность эмоций, им становится легче проверять подобные убеждения.

Вы будете также оценивать, насколько эффективны оспаривание и адаптивное реагирование на мысль или убеждение, чтобы принимать решения о том, нужно ли продолжать работу с этой когницией. Если вам не удастся этого сделать, вы можете прийти к ошибочному выводу, что вмешательство прошло успешно, и преждевременно переключиться на другую мысль или проблему. Или же может произойти обратное: вы продолжите обсуждение автоматической мысли или убеждения, которые пациента уже не заботят.

Наконец, оценка силы эмоции в конкретной ситуации поможет и вам, и пациенту понять, требуется ли более детальное изучение ситуации. Обсуждение эмоционально не отягощенных ситуаций не имеет такого же значения, как разбор наиболее неприятных, в которых, скорее всего, активизируются важные убеждения.

Большинству пациентов не сложно научиться оценивать силу эмоций.

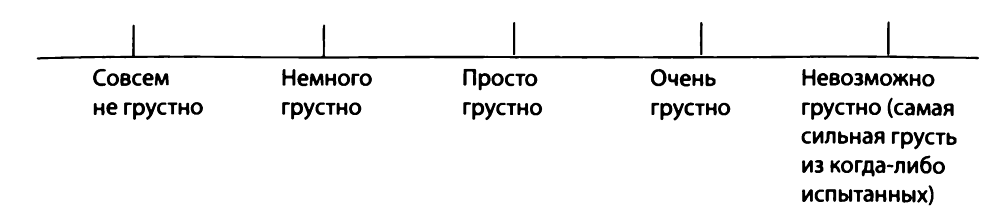
Т. Как вы почувствовали себя, когда подруга сказала: «Извини, но сейчас у меня нет времени»?

П. Наверное, мне стало довольно грустно.

Т. Представьте, что самая сильная грусть, которую вы когда-либо испытывали, — это сто процентов. А ноль процентов — когда вам совсем не грустно. На сколько процентов грустной вы почувствовали себя, когда она сказала: «Извини, у меня сейчас нет времени»?

П. Где-то на 75 процентов.

Некоторым пациентам сложно описывать интенсивность в числовом выражении, или же они не любят этого делать. Тогда вы можете просто предложить им оценить, испытали ли они «слабую», «среднюю», «сильную» или «очень сильную» эмоцию. Если и такой вариант не устроит пациента, попробуйте предложить шкалу:




Т. Как вы почувствовали себя, когда подруга сказала: «Извини, но сейчас у меня нет времени»?

П. Мне стало грустно.

Т. Насколько сильную грусть вы почувствовали, если оценивать по шкале от 0 до 100 процентов?

П. Не знаю. Не люблю цифры.

Т. Тогда можете выбрать, какое описание больше подходит: немного грустно, просто грустно, очень грустно или невероятно грустно?

П. Повторите, какие были варианты?

Т. Сейчас, давайте я нарисую шкалу. Нужно оценить грусть, которую вы испытали. (*Показывает каждый вариант на графике.*) Как вам было в тот момент: немного грустно, просто грустно, очень грустно или невероятно грустно?

П. Пусть будет очень грустно.

Т. Хорошо, что теперь у нас есть такой график. Он оказался очень полезным. Вспомните, чувствовали ли вы грусть еще когда-либо на этой неделе?

П. Да, вчера вечером, когда случайно закрыла комнату и забыла ключ внутри.

Т. Теперь попробуйте использовать шкалу и оценить, насколько грустной вы были.

П. Где-то между «просто грустно» и «очень грустно».

Т. Хорошо. Теперь я предлагаю вам использовать эту шкалу каждый раз, когда нужно будет оценить, насколько грустной вы себя чувствуете. Как вы на это смотрите?

П. Да, можно попробовать.

## Использование силы эмоций для планирования терапии

Пациенты не всегда понимают, какие именно ситуации следует выносить на обсуждение. Попросите их оценить степень дистресса, который они ис-

пытывают сейчас, чтобы решить, нужно ли обсудить этот вопрос немедленно. Ниже приведена стенограмма, в которой показано, как я довольно быстро поняла, что мы с Салли не достигнем многого, если будем обсуждать ситуацию, которую она описала прежде всего.

Т. Значит, проблема, которую вы хотите обсудить, связана с соседкой?
П. Да.
Т. Что-то случилось на этой неделе?
П. Ну, мне было плохо, когда она пошла гулять со своим парнем, а не со мной.
Т. Насколько сильным было это ощущение, от 0 до 100 процентов?
П. Не знаю. Может быть, 25 процентов.
Т. А прямо сейчас?
П. (*Думает.*) Даже меньше.
Т. Похоже, ситуация не слишком вас расстроила. Может быть, в течение недели возникали другие проблемы с соседкой, которые расстроили вас сильнее?

*Резюме*. Вам нужно получить четкое представление о ситуациях, которые вызывают у пациентов дистресс. Вы помогаете им ясно разделить мысли и эмоции. При этом вы проявляете сочувствие к их переживаниям и помогаете оценивать дисфункциональное мышление, которое негативно влияет на настроение.

# Оценка автоматических мыслей

У пациентов возникают сотни или даже тысячи мыслей в день; одни из них дисфункциональны, другие — нет. На одной сессии вы успеете оценить лишь несколько таких мыслей. В этой главе вы узнаете, как:

- выбирать ключевые автоматические мысли;
- использовать сократовский диалог для оценки автоматических мыслей;
- определять, насколько результативным был процесс оценки;
- концептуализировать оценки, которые оказались неэффективными;
- использовать разнообразные методы оспаривания автоматических мыслей и реагирования на них;
- реагировать на достоверные автоматические мысли;
- обучать пациентов самостоятельно оценивать автоматические мысли.

## Выбор ключевых автоматических мыслей

Допустим, вы выявили автоматическую мысль. Возможно, пациент спонтанно назвал ее на сессии (например, «Я просто не думаю, что мне что-то поможет»); вспомнил автоматическую мысль с прошлой недели или предположил, что автоматическая мысль возникнет в будущем. После этого вам нужно выяснить, насколько эта мысль важна и нужно ли на ней сосредоточиваться, — то есть насколько негативно она влияет на повседневное функционирование пациента и как велики шансы, что она возникнет снова. Если автоматическая мысль появлялась у пациента на прошедшей неделе, вы можете спросить:

> **«В какой ситуации у вас возникла эта мысль? Насколько вы были убеждены в ее правильности тогда? Насколько вы убеждены в ее правильности сейчас?»**
>
> **«Как вы себя почувствовали из-за этой мысли? Насколько сильными были ваши эмоции в тот момент? Насколько сильные эмоции вы испытываете сейчас?»**
>
> **«Что вы сделали?»**

Кроме того, вам нужно оценить, какова вероятность того, что эта мысль снова возникнет у пациента и снова вызовет дистресс. Можно видоизменить вопросы, если пациент назвал автоматическую мысль спонтанно и/или если он полагает, что мысль возникнет у него в будущем. Кроме того, вам нужно проверить, являются ли другие мысли более важными и вызывают ли они у пациента еще более сильный дистресс:

> **«О чем еще вы думали [в той ситуации]? Возникли ли у вас другие мысли или образы?»**
>
> **«Какие мысли или образы расстроили вас сильнее всего?»**

Ниже приведена стенограмма беседы, в которой я определяю, что автоматическая мысль Салли является действительно важной:

Т. (*Обобщает.*) Значит, вы были на занятиях в четверг и не знали ответа на вопрос, который задал группе преподаватель. Вам стало очень грустно, потому что вы подумали: «Мне ни за что не справиться с этим предметом». Насколько вы были убеждены в правдивости этой мысли в тот момент и насколько грустно вам было?

П. Я была убеждена в этом и почувствовала очень сильную грусть.

Т. Насколько вы убеждены в этом сейчас и насколько вам грустно?

П. Я все еще уверена, что этот предмет для меня слишком сложный.

Т. И это вас до сих пор тревожит?

П. Да, очень сильно.

Ответы Салли говорят о том, что эту автоматическую мысль обязательно нужно оценить и проработать. А в следующей ситуации мы с Салли решили, что тратить время на подробное обсуждение другой автоматической мысли не стоит. Салли описала проблему, которая возникла у нее в библиотеке,

и я задала несколько вопросов, чтобы понять, действительно ли ситуация важна и стоит ли обсуждать ее отдельно.

Т. (*Резюмирует.*) Значит, вы пошли в библиотеку, не смогли найти там нужную книгу, подумали: «Эта система неэффективна», — и почувствовали недовольство. Насколько недовольной вы были?
П. Где-то на 90 процентов.
Т. Вы до сих пор так же недовольны?
П. Нет, меня отпустило.
Т. А что вы сделали, когда почувствовали такое сильное недовольство?
П. Я вернулась к себе в комнату и решила лучше заняться химией. В итоге я взяла книгу у Лизы. Правда, мне нужно вернуть ее в понедельник.
Т. Получается, вы решили вопрос. Как думаете, могут ли аналогичные проблемы с библиотекой повториться? Может ли случиться так, что вы почувствуете недовольство, уйдете из библиотеки, но не поступите продуктивно? Или что не удастся получить нужную книгу другим способом?
П. Думаю, даже если ситуация повторится — ничего страшного. Теперь я знаю, чего ожидать. Если бы Лиза не смогла одолжить мне книгу, я бы вернулась в библиотеку и попросила библиотекаря мне помочь.
Т. Хорошо. Похоже, вы готовы к любому развитию событий. Тогда перейдем к обсуждению других вопросов?

В данном случае я посчитала, что, хотя автоматическая мысль и расстроила пациентку, дальнейшего обсуждения она не требует, потому что: 1) Салли это больше не расстраивало; 2) она отреагировала на нее конструктивно; 3) ситуация разрешилась; 4) она знала, как конструктивно решить проблему, если она возникнет снова.

Почему пациенты выносят на обсуждение проблемы и автоматические мысли, которые на самом деле не важны? В большинстве случаев они просто недостаточно социализированы. Однако со временем они научаются выделять наиболее важные темы.

Даже если пациент называет важную автоматическую мысль, вы можете решить не рассматривать ее сейчас, если:

- вы полагаете, что ее обсуждение может испортить терапевтические отношения (например, вам кажется, что пациент будет уязвлен);
- мысль вызывает у пациента сильный стресс, и он не способен ее оценить;

- до конца сессии остается слишком мало времени, и вы не успеваете помочь пациенту правильно отреагировать на мысль;
- вы считаете, что на данный момент важнее уделить время другому элементу когнитивной модели (например, хотите сосредоточиться на разрешении проблемной ситуации, обучении пациента техникам эмоциональной саморегуляции, обсудить более адаптивные поведенческие реакции или разобрать физиологические реакции пациента);
- вы считаете, что важнее выявить дисфункциональные убеждения, на которых основывается мысль, и проработать их;
- вы считаете, что важнее обсудить другую проблему.

## Вопросы, помогающие оценить автоматические мысли

После того как вы выявили автоматическую мысль, определили, что она важна и болезненна для пациента, и идентифицировали сопутствующие реакции (эмоциональные, физиологические и поведенческие), вы можете помочь пациенту ее оценить. *Оспаривать автоматическую мысль на этом этапе обычно не нужно* — тому есть три причины.

1. Обычно невозможно заранее узнать, до какой степени та или иная автоматическая мысль искажена (например, мысль Салли о том, что никто не хотел с ней ужинать, могла оказаться верной).
2. Пациент может почувствовать себя уязвленным, если вы начнете напрямую оспаривать его мысли (например, Салли могла подумать: «[Мой терапевт] говорит, что я неправа»).
3. Оспаривание когниции нарушает основополагающий принцип когнитивно-поведенческой терапии — совместный эмпиризм, который предполагает, что вы будете оценивать автоматическую мысль совместно с пациентом, вместе проверять ее достоверность и полезность, вместе формулировать адаптивный ответ на нее.

Кроме того, важно помнить: автоматические мысли редко бывают полностью ошибочными. Обычно в них есть хотя бы зерно истины (и очень важно, чтобы вы это признавали).

На рис. 11.1 перечислены сократовские вопросы, которые помогают пациентам оценивать свой образ мыслей. (На самом деле определение «сократовский» не всегда уместно; метод сократовской беседы, названный так по имени философа Сократа, предполагает диалектическое обсуждение). Для оценки мыслей пациенту нужна структурированная методика, иначе ответная реакция на автоматические мысли может оказаться поверхностной и неубедительной, а потому не улучшит ни настроения, ни функционирования. Оценка должна быть беспристрастной. Так, вовсе не нужно, чтобы пациенты игнорировали доказательства достоверности автоматической мысли, придумывали неправдоподобные альтернативные объяснения или пытались оценивать события, которые могут произойти, с нереалистичным оптимизмом.

Важно донести до пациентов, что не каждый вопрос из перечисленных на рис. 11.1 подойдет для каждой автоматической мысли. Более того, использование всех вопросов, даже в логической последовательности, может отнять слишком много времени и сил. Если процесс покажется пациентам слишком обременительным, они могут вовсе не оценивать свои мысли. Обычно за один раз имеет смысл отвечать на один или несколько вопросов.

Вы можете с самой первой сессии использовать вопросы для оценки конкретных автоматических мыслей. На последующих сессиях вы дадите этому процессу более подробное объяснение, чтобы пациенты учились оценивать мысли также и в промежутках между сессиями.

Т. (***Обобщает то, что уже удалось разобрать на сессии; записывает автоматические мысли, чтобы пациент тоже их видел.***) Значит, когда вы встретили свою подругу Карен по пути в аудиторию, вы подумали: «Ей все равно, что со мной будет». И из-за этого почувствовали грусть?
П. Да.
Т. И насколько вы тогда были убеждены в правильности этой мысли?
П. Где-то на 80 процентов.
Т. Вы помните, что мы обсуждали на прошлой неделе? Иногда автоматические мысли оказываются верными, иногда нет, иногда отражают истину лишь частично. Давайте сейчас попробуем оценить вашу мысль о Карен и понять, насколько она достоверна.
П. Хорошо.

Чтобы помочь пациентам оценивать мысли, вы можете использовать любой набор вопросов. Однако рис. 11.1 наверняка будет полезным, потому что поможет вам вместе с пациентом:

- оценить достоверность автоматической мысли;
- сформулировать другие возможные интерпретации и точки зрения;
- провести декатастрофизацию проблемной ситуации;
- определить последствия убежденности в автоматической мысли;
- отстраниться от мысли;
- попробовать решить проблему.

1. Какие есть доказательства того, что эта идея верна?
   Какие есть доказательства того, что она неверна?
2. Какое альтернативное объяснение можно дать?
3. Что самое плохое может произойти (если я уже не думаю о наихудшем варианте)?
   Если худшее произойдет, что я предприму?
   Что самое хорошее может произойти?
   Какой вариант развития событий самый реалистичный?
4. Каковы последствия моей убежденности в автоматической мысли?
   Что произойдет, если я изменю образ мыслей?
5. Что я сказал бы ____________ (имя определенного друга или члена семьи), если бы он оказался в аналогичной ситуации?
6. Что мне делать?

**Рис. 11.1. Вопросы для оценки автоматических мыслей**

Каждый из перечисленных вопросов мы подробнее разберем далее.

## Вопросы о доказательствах

В автоматических мыслях обычно есть доля истины, поэтому пациенты могут найти некоторые доказательства их достоверности (которые вы и попросите сформулировать в первую очередь), однако доказательства обратного они просто не замечают (поэтому следом вы сосредоточитесь именно на них):

Т. Каковы доказательства того, что Карен все равно, что с вами случится?
П. Ну, когда мы в последний раз виделись, она выглядела так, словно хотела как можно быстрее уйти. Она выпалила: «Привет, Салли, увидимся позже», — и быстро ушла. Даже почти на меня не посмотрела.

Т. Что-то еще?
П. Ну, иногда она очень занята и времени на меня у нее не остается.
Т. Что-нибудь еще?
П. (*Думает.*) Нет. Наверное, все.
Т. Хорошо. Тогда теперь давайте подумаем, есть ли доказательства обратного: что ей *не* все равно, что с вами случится?
П. (*Отвечает общими фразами.*) Ну, она неплохой человек. Мы с ней дружим с самого начала занятий.
Т. (*Помогает Салли формулировать более конкретные ответы.*) А есть ли какие-то слова или действия, которые говорят о ее симпатии к вам?
П. Ну-у... Обычно она спрашивает, не хочу ли я пойти с ней куда-нибудь поесть. Иногда мы довольно поздно ложимся спать, все о чем-то болтаем.
Т. Понятно. То есть, с одной стороны, вчера она быстро ушла от вас, толком ничего не сказав. Кроме того, она иногда бывает слишком занята и не может общаться. Но, с другой стороны, она приглашает вас вместе поесть, а еще иногда вы долго разговариваете по вечерам и не ложитесь спать. Верно?
П. Да.

Здесь я мягко попробовала *выявить доказательства*, подтверждающие или опровергающие мысль Салли. После этого я обобщила сказанное ею.

## Вопросы на «альтернативное объяснение»

Ниже я предлагаю Салли дать *разумное альтернативное объяснение* случившемуся.

Т. Хорошо. Теперь давайте еще раз попробуем разобраться в ситуации. Можно ли найти альтернативное объяснение произошедшему, другое, чем «ей все равно, что со мной случится»?
П. Не знаю.
Т. Чем еще можно объяснить, что она так быстро ушла?
П. Не знаю. Может быть, она торопилась на занятия. Или куда-то опаздывала.

## Вопросы на «декатастрофизацию»

Многие пациенты предсказывают, что ситуация будет развиваться по худшему сценарию из возможных. Если автоматическая мысль пациента не связана с катастрофическим сценарием, бывает полезно уточнить, каковы

его худшие опасения. В любом случае затем нужно узнать у пациента, как он поступит, если действительно случится худшее.

Т. Хорошо. Скажите мне, а что *самое ужасное* могло случиться в этой ситуации?
П. Наверное, хуже всего было бы, если бы и правда оказалось, что я ей не нравлюсь. Что мне нельзя рассчитывать на ее поддержку.
Т. Как бы вы с этим справились?
П. Меня бы это не порадовало. Думаю, мне больше нельзя было бы рассчитывать на ее дружбу.
Т. (***Задает направляющие вопросы, чтобы помочь пациенту сформулировать четкий ответ.***) У вас есть другие друзья, на которых можно рассчитывать?
П. Да.
Т. То есть в целом даже в таком случае вы были бы в порядке?
П. Да.

Часто наихудшие опасения пациента нереалистичны. Ваша задача — помочь ему продумать более реалистичные сценарии. Но многим пациентам сложно это сделать. Вы можете помочь им мыслить шире, если сначала спросите их о лучшем из возможных вариантов развития событий.

Т. Вероятность того, что случится самое плохое, крайне мала. А что *самое лучшее* может произойти?
П. Она поймет, что отдалилась. И извинится.
Т. А какой вариант различия *самый реалистичный*?
П. Окажется, что она была занята. И мы просто продолжим дружить.

В приведенном выше диалоге я помогла Салли понять: даже если случится худшее, она справится. Она также осознала, что ее наихудшие опасения вряд ли реализуются.

**В:** А что, если... больше всего пациент боится умереть?

**О:** Безусловно, в такой ситуации вы не будете спрашивать его: «Как вы с этим справитесь?» Вместо этого вы можете предложить обдумать более реалистичные варианты развития событий. Кроме того, вы можете узнать, чем смерть пугает пациента: боится ли он самого процесса умирания, или того, как он представляет себе жизнь после смерти, или, может быть, боится, что случится с его любимыми после того, как он умрет.

## Вопросы о «влиянии автоматических мыслей»

Ниже я помогаю Салли оценить *последствия реагирования и нереагирования* на ее искаженный образ мыслей.

Т. К каким *последствиям* приводит мысль о том, что вы ей не нравитесь?
П. Мне становится грустно. И я вроде как сама от нее отдаляюсь.
Т. А если бы вы изменили свой образ мыслей, какие бы у этого были последствия?
П. Я бы почувствовала себя лучше.

## Вопросы на «дистанцирование»

Часто пациентам полезно несколько дистанцироваться от собственных мыслей. Добиться этого эффекта можно, если представить, что бы они сказали близкому другу или члену семьи в аналогичной ситуации.

Т. Салли, давайте предположим, что у вашей подруги Элисон есть друг, который иногда спешит с ней распрощаться, но в остальное время ведет себя заботливо и по-дружески. Если бы Элисон думала: «Моему другу нет до меня дела», — что бы вы ей сказали?
П. Наверное, я бы сказала ей не придавать большого значения ситуациям, когда друг куда-то торопился. Особенно если он все равно вел себя вежливо.
Т. А к вашей ситуации такой совет применим?
П. Наверное, да.

## Вопросы, направленные на «решение проблем»

Ответы на этот вопрос по природе своей могут быть когнитивными и/или поведенческими. Когнитивный аспект предполагает, что в нужный момент пациенты смогут вспомнить, как отреагировали на вопросы на сессии. Мы с Салли разработали поведенческий план:

Т. Как думаете, что вам стоило бы *сделать*, чтобы разрешить возникшую ситуацию?
П. Эм... я не совсем понимаю, что вы имеете в виду.
Т. Ну, например, отдалились ли вы от нее?
П. Пожалуй, да. Когда этим утром мы увиделись, я ей почти ничего не сказала.

Т. То есть сегодня утром вы вели себя так, словно исходная мысль была достоверной. Но могли ли вы вести себя по-другому?
П. Я могла бы подольше поговорить с ней, быть приветливее.

Если бы я не была уверена в социальных навыках Салли или ее мотивации к осуществлению плана («вести себя с Карен более приветливо»), я бы посвятила несколько минут вопросам вроде: «Когда вы можете снова увидеться?», «Как думаете, не стоит ли вам попробовать самой с ней встретиться?», «Что бы вы могли сказать ей, если бы встретились?», «Как думаете, что-то могло бы помешать вам это сказать?». (Кроме того, я могла бы смоделировать то, что Салли сказала бы Карен, и/или предложить разыграть диалог по ролям.)

## Определение результативности процесса оценки

В последней части этого обсуждения я оценила, насколько Салли верит первоначальной автоматической мысли теперь и как изменилось ее эмоциональное состояние. Эта информация помогла мне составить план следующей сессии.

Т. Хорошо. А теперь скажите, пожалуйста, насколько вы убеждены в истинности мысли «Карен все равно, что со мной будет»?
П. Не сильно. Может быть, на 20 процентов.
Т. Хорошо. А насколько вам грустно?
П. Тоже не особенно.
Т. Отлично. Похоже, упражнение оказалось полезным. Давайте постараемся понять, что именно помогло добиться улучшений.

Безусловно, вы вместе с пациентом не будете использовать все вопросы из рис. 11.1 при оценке любых автоматических мыслей. Иногда ни один из приведенных вопросов не подойдет — тогда вам нужно будет задать обсуждению совершенно иное направление (см. с. 204–213).

## Концептуализация причины неэффективности оценки автоматических мыслей

Если пациент по-прежнему убежден в истинности автоматической мысли и не чувствует себя лучше эмоционально, вам нужно разобраться, почему попытка когнитивного реструктурирования не принесла желаемого эффекта. Наиболее распространены следующие причины.

> 1. **Есть другие, более важные автоматические мысли и/или образы, которые пока остаются неидентифицированными и неоцененными.**
> 2. **Оценка автоматической мысли оказалась неправдоподобной, поверхностной или неадекватной.**
> 3. **Пациент назвал не все доказательства в пользу достоверности автоматической мысли.**
> 4. **Автоматическая мысль является глубинным убеждением.**
> 5. **Пациент понимает, что автоматическая мысль искажена, но чувствует иначе.**

В первой ситуации пациент *не назвал основную автоматическую мысль или образ*. Скажем, Джон назвал следующую автоматическую мысль: «Если я попробую попасть [в команду по баскетболу], у меня, скорее всего, не получится». Оценка этой мысли не оказала существенного влияния на его плохое настроение, потому что у него были другие важные мысли (которых он не осознавал): «Вдруг они подумают, что баскетболист из меня никакой?» и «Вдруг я стану совершать глупые ошибки?» Кроме того, у него в голове возникал образ: тренер и другие игроки презрительно и насмешливо смотрят на него.

В другой ситуации *реакция пациента на автоматическую мысль была слишком поверхностной*. Джон подумал: «Я не успею закончить работу. Мне слишком многое нужно сделать». Вместо того чтобы тщательно оценить эту мысль, он просто сказал себе: «Нет, скорее всего, я все успею». Этой реакции было недостаточно, а потому тревога не стала слабее.

В третьей ситуации *терапевт недостаточно подробно расспросил пациента, и тот не назвал всех доказательств в пользу автоматической мысли*, вследствие чего формулировка адаптивного ответа оказалась неэффективной — как показано в примере ниже.

Т. Хорошо, Джон, а какие вы можете привести аргументы в пользу мысли о том, что ваша сестра не хочет с вами общаться?
П. Ну, она редко мне звонит. Обычно я звоню ей.
Т. Хорошо, а какие есть доказательства обратного? Что ей не все равно, что с вами случится, и она хочет поддерживать с вами хорошие отношения?

Если бы терапевт расспросил Джона подробнее, он бы нашел другие доказательства в поддержку автоматической мысли Джона: во время отпуска

его сестра проводит с подругами больше времени; что, когда он звонит, в ее голосе слышится нетерпение; что она не отправила ему открытку на день рождения. Если бы терапевт собрал эти данные, он бы помог Джону эффективнее оценить доказательства и найти подходящее альтернативное объяснение действиям сестры.

В четвертой ситуации *пациент назвал автоматическую мысль, которая одновременно была глубинным убеждением*. Джон часто думал: «Я несостоятельный человек». Он так сильно был в этом убежден, что одна попытка переоценить идею не привела ни к изменению восприятия, ни к улучшению эмоционального состояния. Его терапевту нужно было использовать разнообразные техники и корректировать убеждение Джона постепенно (см. главу 14).

В пятой ситуации *пациент сообщил, что «разумом» понимает: адаптивная реакция верна, — но «сердцем» чувствует иначе*. Иными словами, на самом деле он не принимает адаптивную реакцию. В таком случае терапевту и пациенту нужно подробнее исследовать неназванное убеждение, которое лежит *в основе* автоматической мысли.

Т. Насколько вы верите, что если вас уволят, в этом не будет вашей вины?
П. Ну, умом я это понимаю.
Т. Но?
П. Хоть я и знаю, что экономика страны в кризисе, я все равно думаю, что должен быть в состоянии удержаться на рабочем месте.
Т. Хорошо, тогда давайте представим, что вас все-таки уволят. Что в этом будет самое ужасное? Или что это будет для вас значить?

В данном случае терапевт Джона обнаружил, что тот на самом деле не верит в адаптивную реакцию, а также выявил допущение: *«Если я потеряю работу, значит, я некомпетентен»*.

Резюмируя, после оценки автоматической мысли вам нужно предложить пациенту оценить степень убежденности в адаптивной реакции, а также его эмоциональное состояние. Если степень убежденности низкая, а дистресс по-прежнему сильный, вам нужно разобраться, почему разбор мысли не улучшил эмоциональное состояние пациента, а также разработать дальнейшую стратегию действий.

## Альтернативные методы оценки мыслей

Вместо вопросов из рис. 11.1 или вместе с ними вы можете сделать следующее:

- изменить вопросы;
- выявить когнитивное искажение;
- прибегнуть к самораскрытию.

Далее мы подробнее разберем эти три стратегии.

## Использование альтернативных вопросов

Приведенная ниже стенограмма беседы иллюстрирует, как вы можете менять вопросы, если полагаете, что стандартная формулировка окажется неэффективной.

Т. О чем вы подумали [когда спросили мать, не будет ли она против, если вы сократите свой визит, а она в ответ обиделась и разозлилась]?
П. Что я позвонила в неудачное время. Не стоило мне звонить.
Т. Какие аргументы можно привести в пользу того, что вам не стоило звонить?
П. Ну, обычно по утрам мама торопится. Если бы я подождала до вечера, когда она вернется домой с работы, возможно, у нее было бы настроение получше.
Т. Вы думали об этом до того, как позвонили?
П. Ну да, но я хотела сразу сказать подруге, когда смогу к ней приехать, чтобы она тоже смогла скорректировать планы.
Т. То есть у вас был повод позвонить именно утром, и, судя по всему, вы знали, как будет воспринято ваше предложение, но вам хотелось как можно скорее дать подруге знать, когда вы освободитесь?
П. Да.
Т. Стоит ли в таком случае так себя ругать за то, что вы пошли на этот риск?
П. Нет...
Т. Звучит так, будто вы сомневаетесь. Но по большому счету, неужели действительно так ужасно, что ваша мать обиделась на ваше желание провести неделю летних каникул у подруги?

После этих вопросов я задавала и другие: насколько сильно ваша мать обиделась? как долго длилась ее обида? что она, скорее всего, чувствует сейчас? можете ли вы всегда ограждать мать от обид? можете ли вы поступать в своих интересах и никогда не обижать мать, учитывая, что она хочет

проводить с вами как можно больше времени? действительно ли нужно стремиться *никогда* никого не обижать? от чего вам в таком случае пришлось бы отказаться?

В приведенной выше стенограмме показано, как нестандартные вопросы помогли пациентке взглянуть на проблему более конструктивно. И хотя я начала с того, что уточнила *достоверность* мысли, постепенно я перешла к обсуждению *скрытого и лежащего в ее основе убеждения* (которое мы уже обсуждали раньше, в других контекстах): «Нельзя задевать чувства других людей». В конце я задала пациентке открытый вопрос («Как вы оцениваете ситуацию на данный момент?»), чтобы понять, нужна ли ей помощь в реагировании на мысли. Обратите внимание: многие вопросы, которые я задавала, были вариацией второго вопроса из рис. 11.1: «Какое альтернативное объяснение происходящему [ситуации, в которой вы позвонили тогда, когда позвонили, и мать обиделась] можно найти [помимо того, что вы плохая дочь и во всем виноваты]?».

## Выявление когнитивных искажений

Пациенты склонны к повторяющимся ошибкам в рассуждениях. Обычно у пациентов, страдающих от психических расстройств, такие ошибки связаны с негативными искажениями когнитивной переработки (Beck, 1976). Самые распространенные ошибки перечислены на рис. 11.2 (см. также Burns, 1980). Как правило, полезно называть пациенту искажения и учить его самостоятельно выявлять их. Вы можете про себя отмечать, какие искажения наиболее свойственны пациентам, и указывать им на конкретные искажения, когда выявите паттерн.

Т. Салли, рассуждения вроде того, что вы успешны, только когда получаете пятерки, а когда не получаете — то вы неудачница, принято называть черно-белым мышлением. Можете вспомнить, в каких еще ситуациях вы рассуждали так же? Припоминаю, вы когда-то говорили, что, если не понимаете весь материал, изложенный в главе учебника, значит, вы глупая. Как думаете, было бы полезно отслеживать такие мысли?

Вы также можете предложить пациентам список искажений, например, представленный на рис. 11.2, если считаете, что он не покажется им слишком сложным. На следующей сессии я дала Салли такой список, и мы вместе выявили типичные для нее автоматические мысли и стоящие за ними искажения. Например:

*Катастрофизация*: «Я вылечу из колледжа».

*Черно-белое мышление*: «Если я не могу прочитать главу целиком, нечего и начинать».

*Чтение мыслей*: «Моя соседка по комнате не хочет, чтобы я ей надоедала».

*Эмоциональное обоснование*: «Я чувствую себя такой неспособной».

Хотя некоторые автоматические мысли соответствуют реальности, многие из них либо вообще ошибочны, либо верны лишь частично. К типичным мыслительным ошибкам относятся:

1. **Черно-белое мышление** (также называют мышлением по схеме «все или ничего», полярным или дихотомическим мышлением): вы оцениваете ситуацию всего с двух позиций, а не как континуум.

   *Пример*: «Если я не добьюсь успеха, значит, я неудачник».

2. **Катастрофизация** (также называют предсказанием): вы предсказываете, что даже при наличии более вероятных сценариев развития событий будущее будет негативным.

   *Пример*: «Я так расстроюсь, что вообще ничего не смогу делать».

3. **Обесценивание или игнорирование позитивного опыта**: вы безосновательно говорите себе, что позитивные события, действия и качества не следует учитывать.

   *Пример*: «Я хорошо справился с проектом, но это ничего не говорит о моей компетентности; мне просто повезло».

4. **Эмоциональное обоснование**: вы думаете, что нечто истинно, потому что «чувствуете» (скорее, даже верите в) это, обычно игнорируя или обесценивая доказательства обратного.

   *Пример*: «Я знаю, что многие задания на работе выполняю правильно, но все равно чувствую себя неудачником».

5. **Навешивание ярлыков**: вы даете себе или другим жесткую общую характеристику, не принимая во внимание доказательства, которые могли бы привести к менее катастрофичным выводам.

   *Пример*: «Я неудачник. Он плохой человек».

6. **Преувеличение или преуменьшение**: когда вы оцениваете себя, другого человека или ситуацию, вы безосновательно преувеличиваете негативные аспекты и/или преуменьшаете позитивные.

   *Пример*: «Когда меня оценивают средне, это доказывает, что я посредственность. Когда я получаю хорошие оценки, это не доказывает, что я умен».

**Рис. 11.2.** Мыслительные ошибки. Адаптировано с разрешения Аарона Бека

7. **Мысленный фильтр** (также называют избирательным вниманием): вы уделяете больше внимания негативным деталям вместо того, чтобы оценивать общую картину.

   *Пример*: «При составлении рейтинга одна из полученных мной оценок была низкой, значит, я плохо справляюсь с работой».

8. **Чтение мыслей**: вы уверены, что знаете, о чем думают другие, и не рассматриваете иные, более вероятные варианты.

   *Пример*: «Он думает, что я ничего не понимаю в проекте».

9. **Сверхобобщение**: вы делаете общее негативное заключение, которое выходит за рамки текущей ситуации.

   *Пример*: «[На встрече мне было некомфортно, поэтому] я никогда не заведу друзей».

10. **Персонализация**: вы уверены, что негативные действия других людей направлены лично против вас, и не рассматриваете другие, более вероятные объяснения их поведения.

    *Пример*: «Мастер был груб со мной, поскольку я что-то сделал не так».

11. **Долженствование** (подразумевает использование формулировок типа «стоило бы» и «должен»): у вас есть четкие, негибкие представления о том, как должны вести себя вы или другие люди, и вы переоцениваете возможные негативные последствия несоответствия этим ожиданиям.

    *Пример*: «Просто ужасно, что я допустил ошибку. Я всегда должен стараться изо всех сил».

12. **Туннельное зрение**: вы воспринимаете только негативные аспекты ситуации.

    *Пример*: «Учитель моего сына ничего не может сделать правильно. Он всегда критикует, давит, не понимает учеников и ужасно преподает».

**Рис. 11.2** (окончание)

Салли держала этот список под рукой и часто обращалась к нему, когда оценивала свои автоматические мысли. Это помогало ей дистанцироваться от них и убедиться, что автоматические мысли не отражают реальность или отражают ее не полностью.

## Использование самораскрытия

Иногда можно в дополнение к сократовскому диалогу и другим использовать и самораскрытие терапевта (в разумных пределах). Это покажет пациенту, что вы смогли избавиться от похожих автоматических мыслей.

Т. Знаете, Салли, иногда и у меня бывают похожие мысли: «Мне нужно сделать так, чтобы все были счастливы». Но затем я напоминаю себе, что я должна в первую очередь заботиться о самой себе и что конец света не наступит, даже если кто-то расстроится (*пауза*). Как думаете, можно ли отнести это и к вам?

## Когда автоматические мысли оказываются правдой

Иногда автоматические мысли оказываются справедливы. В таком случае вы можете:

- **сосредоточиться на решении проблемы;**
- **разобраться, не делает ли пациент необоснованных или дисфункциональных заключений;**
- **поработать над принятием ситуации.**

Каждая стратегия подробнее описана далее.

### Сосредоточиться на решении проблемы

Не все проблемы можно решить, но, если восприятие пациентом ситуации является обоснованным, вы можете попробовать установить, возможно ли решить данную проблему, по меньшей мере, до какой-то степени. В приведенной далее стенограмме мы с Салли оценивали ее автоматическую мысль «У меня кончатся деньги», и собранные данные указывали на то, что она воспринимает ситуацию верно.

Т. Получается, даже если вы будете аккуратно расходовать деньги, к концу учебного года вы не потянете арендную плату... Пытались ли вы найти какое-то решение сложившейся ситуации?
П. Не особенно. Я не хочу просить у родителей. Им и так тяжело.
Т. Но в крайнем случае вы могли бы это сделать?
П. Наверное...
Т. Рассматривали ли вы еще какие-либо варианты?
П. Нет, не думаю, что могу сделать что-то еще.
Т. Вы обращались к начальнику отдела студентов?

П. Нет, я об этом не подумала.
Т. Вполне возможно, он бы вам помог. Думаю, что вы не единственная в колледже, у кого возникают финансовые трудности. Он мог бы помочь подобрать студенческий заем или план оплаты или рассказал о каком-нибудь фонде, в который можно обратиться.
П. Было бы очень хорошо.
Т. В таком случае, может, для начала обратитесь к начальнику отдела студентов? Если это не поможет, мы постараемся придумать что-то еще: где вы можете подработать, куда переехать, у кого одолжить... Наверняка есть огромное количество вариантов, о которых вы пока просто не подумали, потому что находитесь в депрессии.

## Проверка неправильных выводов

Хотя автоматическая мысль может быть верной, *смысл*, который пациент вкладывает в нее, иногда оказывается полностью или частично (как в приведенном ниже примере) неправильным — в таком случае вы можете проверить лежащее в его основе убеждение или заключение.

Т. Судя по всему, вы действительно обидели подругу.
П. Да, и я так из-за этого переживаю.
Т. А что этот поступок говорит о вас? И как думаете, что теперь может случиться?
П. Мне не нужно было всего этого ей говорить. Я ужасная подруга... Я ужасный человек! Она больше никогда не захочет со мной разговаривать!
Т. Подождите-ка, давайте во всем этом разберемся. Какие еще есть доказательства того, что вы ужасный человек?.. И, может быть, есть доказательства обратного?

## Работа над принятием

Некоторые проблемы невозможно решить, и пациентам нужно помочь принять такой вариант развития событий. Если у пациентов сохранятся нереалистичные ожидания и надежды на разрешение проблемы волшебным образом, их эмоциональное состояние не улучшится. Пациентам нужно помочь научиться сосредоточиваться на главных ценностях, более благоприятных аспектах жизни и новых способах обогащения опыта. Целый ряд стратегий принятия описали Хейс с коллегами (Hayes and colleagues, 2004).

## Обучение пациентов оценке мышления

На некотором этапе вы можете дать пациенту список вопросов, приведенный на рис. 11.1. Делается это сразу после того, как вы разобрали вопросы устно. Если вопросы были недостаточно эффективны, или если у вас нет времени на разбор рис. 11.1. с пациентом, или если вам кажется, что пациент будет перегружен, вы можете отложить выдачу списка на более поздний срок. Многие пациенты лучше справляются, если для начала предложить им один или два вопроса, записанные на отдельном листке бумаги. Или же можно дать пациенту целый список и в дальнейшем помечать те вопросы, которые вы уже разобрали.

Оценка автоматических мыслей — это навык. Некоторым пациентам он дается легко, другим нужно много раз под руководством терапевта повторять процесс с его постепенным усложнением. Например, пациенту можно помочь, варьируя вопрос о доказательствах: «Откуда я знаю, что это правда?» Пациентам, которым свойственно катастрофизировать происходящее, помогают вопросы на декатастрофизацию: «Если произойдет худшее, как я с этим справлюсь? Каким будет самый лучший из возможных исходов? А самый реалистичный?» А другим пациентам эффективнее всего помогут вопросы на дистанцирование: «Если бы [моя невестка] оказалась в подобной ситуации и высказала такую мысль, что бы я ей сказал?»

Когда пациенты будут готовы к освоению этого навыка, выберите автоматическую мысль, для которой подойдет большая часть вопросов из рис. 11.1. После того как мы разобрали одну из автоматических мыслей Салли, я обратила ее внимание на следующее.

Т. Нередко оказывается, что применять эти вопросы дома тяжелее, чем кажется. На самом деле нам еще не раз предстоит точно так же вместе разбирать ваши мысли. Но все равно попробуйте сделать это самостоятельно. И если возникнут проблемы, мы их обсудим на следующей неделе, хорошо?

Когда вы говорите о возможных трудностях, это помогает пациентам справиться с самокритикой и пораженческими настроениями при выполнении сложного задания. Если бы я посчитала, что, несмотря на мои предостережения, Салли будет строго судить себя за неидеальное выполнение домашнего задания, я бы подробнее разобрала этот вопрос.

Т. Салли, если у вас будут сложности с оценкой мыслей на будущей неделе, что вы, скорее всего, почувствуете?
П. Наверное, разочарование.
Т. А о чем, скорее всего, подумаете?

П. Не знаю. Просто ничего не буду делать.
Т. А можете представить себе, как смотрите на листок бумаги и не понимаете, что нужно делать?
П. Да.
Т. О чем вы думаете, смотря на этот листок бумаги?
П. «Я не смогу. Я такая глупая».
Т. Хорошо. Как думаете, вам поможет, если мы запишем, что оценка мыслей — это просто навык, который вы будете осваивать все лучше в ходе наших занятий?
П. Да. (*Записывает сказанное в свои терапевтические заметки.*)
Т. Как думаете, этого будет достаточно? Или мы пока отложим это задание и потренируемся оценивать мысли на сессии?
П. Нет. Думаю, я попробую сама.
Т. Хорошо. Но если вы почувствуете разочарование и у вас появятся в связи с этим автоматические мысли, запишите их, пожалуйста. Хорошо?

В данном случае в качестве задания я предложила беспроигрышный вариант: либо Салли успешно справится, либо, если у нее возникнут трудности, мы проработаем их на следующей сессии. Если Салли почувствует разочарование, она либо перечитает свои терапевтические записи (и, вероятно, почувствует себя лучше), либо продолжит отслеживать свои мысли и на следующей сессии поймет, как на них нужно реагировать.

## Короткий путь: отказ от вопросов

Наконец, когда пациенты добились успеха на терапии и научились автоматически оценивать свои мысли, вы можете предложить им сразу *выработать адаптивный ответ.*

П. [Когда я буду готова сказать соседке, что нужно поддерживать чистоту в кухне], скорее всего, я подумаю, что должна лучше убираться сама.
Т. Можете ли вы придумать более конструктивный взгляд на ситуацию?
П. Да. Мне лучше постоять за себя. Я делаю все правильно. Нет ничего плохого в том, чтобы попросить ее больше вкладываться. Скорее всего, она нормально отреагирует на это, как и в прошлый раз, когда я предложила ей навести чистоту.
Т. Хорошо. Как думаете, что случится с вашей тревогой, когда вы скажете все это себе?
П. Она снизится.

Еще один пример:

Т. По вашему мнению, что может помешать вам начать выполнять задание по химии?

П. Наверное, если я подумаю, что оно слишком большое и сложное.

Т. Хорошо, давайте предположим, что у вас возникла мысль: «Слишком многое нужно сделать». Что вы можете на нее ответить?

П. Что мне не нужно делать все за один вечер и что не нужно идеально разбираться во всем после первого же прочтения.

Т. Отлично. Как думаете, будет ли этого достаточно, чтобы начать выполнение задания?

Оценка автоматических мыслей — это конкретный навык, который и терапевты, и пациенты со временем осваивают все лучше. В следующей главе подробнее описано, как помогать пациенту конструктивно реагировать на автоматические мысли.

# Реагирование на автоматические мысли

В предыдущей главе я рассказала, как помочь пациентам оценить важные автоматические мысли и определить эффективность их оценки прямо на сессии. Из этой главы вы узнаете, как облегчить для пациента процесс оценки и реагирования на автоматические мысли *между сессиями*. В промежутках между сессиями у пациентов может появиться два вида автоматических мыслей: мысли, которые уже были выявлены на сессии, и новые когниции. Что касается уже разобранных когниций: вам нужно убедиться, что пациенты записали эффективные ответы (на лист бумаги, в терапевтический блокнот или на смартфон; или же в аудиоформате на кассету, диск или диктофон).

Чтобы пациенты могли правильно реагировать на автоматические мысли в перерыве между сессиями, вам нужно ознакомить их со списком вопросов из рис. 11.1, а также научить их пользоваться рабочими таблицами, такими как «Форма для записи мыслей», приведенная на рис. 12.1, или же как его более простая версия «Тестируя свои мысли», изображенная на рис. 12.2. Но есть и другие способы реагировать на автоматические мысли. Пациенты могут заняться решением проблемы, использовать техники отвлечения или расслабления или же просто называть и принимать свои мысли безоценочно.

## Проверка терапевтических заметок

После того как вы вместе с пациентом оцените автоматическую мысль (обычно с использованием сократовского диалога), попросите его обобщить сказанное. Например, вы можете задать следующие вопросы:

- **«Можете ли вы кратко подытожить то, что мы сейчас обсудили?»**
- **«Как думаете, что вам будет важнее всего помнить на будущей неделе?»**
- **«Если ситуация повторится, что бы вам стоило сказать себе?»**

Если пациент хорошо справился с задачей, предложите ему записать свой ответ, чтобы было проще вспомнить его, если рассмотренная автоматическая мысль снова возникнет. В приведенной ниже стенограмме мы с Салли только что разобрали мысль «У меня не получится» с использованием многих приведенных на рис. 11.1 (с. 198) вопросов. И вот я попросила ее подвести итог.

Т. Хорошо, Салли. Значит, если на следующей неделе вы снова откроете учебник по химии и у вас возникнет мысль «У меня не получится», о чем вы себе напомните?

П. Что, скорее всего, это неправда. Что я могу, по крайней мере, справиться с частью заданий, потому что это удавалось мне в прошлом. А если я совсем ничего не пойму, я могу попросить помощи. И вообще лучше прочитать материал частично, чем вообще ничего не читать.

Т. Отлично. Может быть, стоит это записать?

**В.** А что, если... пациент дает поверхностный, запутанный или слишком многословный ответ?

**О.** Вы можете сказать: «Да, почти правильно. Но, возможно, полезнее будет запомнить мысль в такой форме: ...» Если ответы пациента верны, но не отражают всего, что было названо в ходе обсуждения, можете спросить: «Может быть, стоит также напомнить себе, что...?» Если он согласится, вы или сам пациент можете записать предложенное.

Желательно, чтобы пациенты перечитывали терапевтические заметки каждое утро, а также просматривали их в течение дня по мере необходимости. Обычно пациенты включают нужные реакции в привычный образ мыслей только после многократных повторений. Перечитывание заметок исключительно в трудных ситуациях не так эффективно, как их регулярное чтение *в качестве подготовки* к трудным ситуациям. Ниже приведены некоторые терапевтические заметки, которые делала Салли. В них вошли:

- реакции на дисфункциональное мышление;
- поведенческие задания;
- сочетание ответов и поведенческих заданий.

Если я подумаю: «Мне никогда не закончить эту работу», — нужно себе напомнить:

Мне просто нужно сосредоточиться на том, что я могу сделать прямо сейчас.

Мне не нужно делать все идеально.

Я могу попросить о помощи. И это не будет признаком слабости.

Если я подумаю: «Лучше остаться в кровати», — нужно напомнить себе, что мне всегда становится лучше, когда я что-то делаю, и хуже, когда не делаю ничего.

Мне может казаться, что никому нет до меня дела, но это неправда.

Моей семье, Элисон и Джо не все равно. Мне сложнее почувствовать их заботу из-за депрессии. Лучше всего оставаться с ними на связи, поэтому стоит пойти и позвонить или написать им сообщение.

Когда мне нужно будет попросить профессора о помощи:

1. Напомнить себе, что ничего страшного в этом нет. Худшее, что может случиться: он будет неприветлив.

2. Не забывать, что это эксперимент. Даже если сейчас у меня что-то не получится, я в любом случае получу полезный опыт.

3. Если профессор будет неприветлив, то, скорее всего, ко мне это не имеет отношения. Возможно, он занят или что-то другое его раздражает.

4. Даже если он мне не поможет — ну и что? Это будет его неудачей как преподавателя, а не моей как студента. Значит, он недостаточно хорошо выполняет свою работу. Я смогу попросить назначить мне репетитора или попросить других студентов помочь мне разобраться.

5. Получается, мне просто нужно пойти и постучать в дверь его кабинета. В худшем случае это станет для меня полезным опытом.

Как вести себя, когда мне тревожно:

1. Заполнить форму записи мыслей.
2. Перечитать копинг-карточки.
3. Позвонить [имя друга].
4. Выйти на прогулку или пробежку.
5. Перетерпеть тревогу. Это неприятное чувство, но оно не опасно для жизни, и оно ослабнет, как только я переключу внимание на что-то другое.

Из практических соображений следует хранить копии терапевтических заметок пациентов. Скорее всего, вы часто будете к ним обращаться, особенно при проверке домашних заданий или подкреплении идей, обсужденных с пациентом на предыдущих сессиях. Кроме того, пациенты иногда теряют свои заметки — в таком случае ваши копии им очень помогут.

## Аудиозапись терапевтических заметок

В идеале пациенты должны хранить терапевтические заметки в письменном виде. Они могут носить с собой специальный блокнот или карточки, которые можно будет по мере надобности пересматривать, или же читать терапевтические заметки со смартфона. Однако не все пациенты любят читать или предпочитают воспринимать информацию на слух. В любом случае вы можете включить аудиозапись или предложить пациентам записать часть сессии, когда вы будете работать над реакциями на автоматические мысли.

Также можно сначала записывать ответы, а аудиозапись включать только в последние минуты перед завершением сессии, записывая все выводы сразу. Записывание и прослушивание терапевтической сессии целиком обычно не особенно эффективно. Скорее всего, такую запись на будущей неделе пациенты прослушают только раз, вместо того чтобы постоянно возвращаться к самым важным моментам сессии.

Мотивировать пациентов к перечитыванию терапевтических заметок нужно точно так же, как и к выполнению любого другого домашнего задания (см. главу 17). В самом начале терапии полезно предлагать пациентам зачитывать терапевтические заметки перед завершением сессии, чтобы они убедились, что чтение занимает около минуты. Если пациент по какой-то причине не может перечитать терапевтические заметки, их можно записать на аудио и прослушать или попросить кого-либо зачитать их вслух.

## Оценка и реагирование на новые автоматические мысли между сессиями

В предыдущей главе был приведен список сократовских вопросов, которые сами пациенты могут использовать для оценки мыслей. Прежде чем предлагать им использовать вопросы самостоятельно — в моменты, когда они в подавленном настроении, — убедитесь, что:

- **они понимают, что оценка мыслей улучшит их эмоциональное состояние;**
- **они убеждены, что смогут эффективно применить вопросы дома;**
- **они понимают, что не все вопросы подходят ко всем автоматическим мыслям;**
- **вы сократили количество вопросов для тех пациентов, которых пугает полный список.**

Также вам нужно объяснить пациентам, как именно использовать эти вопросы — что я и сделала в случае с Салли.

Т. Салли, использовать все вопросы в отношении *каждой* автоматической мысли, что у вас возникнет в течение недели, слишком утомительно. Поэтому я предлагаю вам перечитывать терапевтические заметки каждое утро и днем по мере необходимости. Но если вы поймете, что ваше настроение

ухудшается, и поймаете себя на автоматической мысли, спросите себя: «Есть ли у меня в терапевтических заметках решение этой проблемы?» Хорошо?

П. Ладно.

Т. Если есть, то у вас будет выбор. Можете задавать себе вопросы, а можете перечитать нужные заметки.

П. Хорошо.

Т. Если подходящей заметки у вас не окажется, тогда точно стоит воспользоваться списком вопросов. В идеале хотелось бы, чтобы вы не просто задавали себе вопросы, но и *записывали ответы* — если получится. Вы не против?

П. Нет.

## Запись мыслей

Форма записи мыслей (ФЗМ), более ранняя версия которой называлась бланком для работы с дисфункциональными мыслями (Beck et al., 1979), — это форма, которая помогает пациентам оценивать автоматические мысли в моменты, когда у них ухудшается настроение (см. рис. 12.1). Форма позволяет собрать больше информации, чем вопросы, перечисленные на рис. 11.1. Пациентам необязательно использовать ФЗМ, если вопросы эффективны, но многие отмечают, что форма помогает лучше структурировать мысли и реакции. (Тем не менее ФЗМ не особенно эффективна при работе с пациентами с ограниченными интеллектуальными способностями, нелюбовью к письму и недостаточной мотивацией.) Попробуйте сначала использовать список вопросов из рис. 11.1 (см. с. 198), а затем покажите пациенту, как заносить ответы и прочую информацию в ФЗМ.

На описанной ниже сессии мы с Салли использовали список сократовских вопросов для оценки ее мысли «Боб не пойдет со мной на свидание», и она почувствовала себя лучше.

Т. Хорошо. Теперь я хотела бы показать вам форму, которая, как я надеюсь, поможет вам выполнять задания дома. Мы называем ее формой записи мыслей — по большому счету, она просто помогает разбирать мысли точно так же, как мы только что уже сделали. Вы не против? (*Достает рис. 12.1.*)

П. Нет.

Т. Вот как выглядит форма. Прежде чем мы начнем, я кое-что поясню. Во-первых, грамотность, пунктуация и красота почерка здесь абсолютно не важны. Во-вторых, это полезный инструмент, и, чтобы привыкнуть к нему, нужно потренироваться. Будьте готовы к тому, что могут возникнуть трудности или ошибки. Зато в следующий раз получится лучше. Договорились?

**Рекомендация.** Когда заметите, что ваше настроение ухудшилось, спросите себя: «О чем я только что подумал(а)?» — и как можно скорее запишите мысли или образ в графу «Автоматические мысли»

| **Дата/ время** | **Ситуация** | **Автоматическая мысль (или мысли)** | **Эмоция (эмоции)** | **Адаптивный ответ** | **Результат** |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Какое событие, поток мыслей, мечтания или воспоминание привели к возникновению неприятной эмоции?<br>2. Какие (если они были) неприятные физические ощущения у вас возникли? | 1. Какие мысли и/или образы у вас возникли?<br>2. Насколько вы в тот момент были убеждены в каждой/каждом из них? | 1. Какие эмоции (грусть/тревога/злость/и т. п.) у вас возникли в тот момент?<br>2. Насколько сильными (0–100 %) были эти эмоции? | 1. [по желанию] К какому типу когнитивных искажений можно отнести эти мысли?<br>2. Используйте приведенные внизу таблицы вопросы, чтобы сформулировать ответ на автоматические мысли.<br>3. Насколько вы убеждены в каждом из этих ответов? | 1. Насколько вы теперь убеждены в каждой из автоматических мыслей?<br>2. Какие эмоции вы испытываете теперь? Насколько они сильны (0–100 %)?<br>3. Что вы сделаете (или уже сделали)? |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Пятница 08.03 15:00 | Подумала о том, чтобы пригласить Боба выпить кофе | Он не захочет пойти со мной на свидание (90 %) | Грусть (75 %) | [Предсказание и чтение мыслей]<br>Я не знаю, захочет он или нет (90 %)<br>Он приветлив со мной на занятиях (90 %)<br>Худшее, что может случиться: он скажет, что не хочет, и мне какое-то время будет неприятно, но я смогу обсудить это с Элисон (90 %).<br>Лучше всего будет, если он согласится (100 %).<br>Скорее всего, он скажет, что занят, но все равно останется приветливым (80 %).<br>Если я продолжу думать, что он не захочет, то просто его не приглашу (100 %)<br>Мне нужно просто подойти к нему и начать разговор (50 %)<br>Да и не так уж все это важно, в конце концов (75 %) | 1. Автоматическая мысль (50 %).<br>2. Грусть (50 %).<br>3. Я его приглашу |

Вопросы, которые помогут сформулировать альтернативную реакцию: 1. Каковы доказательства того, что моя автоматическая мысль верна? А того, что она не верна? 2. Можно ли дать альтернативное объяснение сложившейся ситуации? 3. Что худшее может произойти? Как я с этим справлюсь? Что самое лучшее может произойти? А какое развитие событий наиболее реалистичное? 4. Каковы последствия моей убежденности в автоматической мысли? Что случится, если я изменю свой образ мыслей? 5. Что мне стоит сделать? 6. Если бы ___________ [имя друга] попал в аналогичную ситуацию и рассуждал так же, как я сейчас, что бы я ему посоветовал?

**Рис. 12.1.** Форма записи мыслей. Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

П. Договорились.

Т. Теперь: как понять, что пришло время воспользоваться формой (*указывает на верхнюю часть листа*). Видите, что написано здесь, сверху? Здесь написано: «Рекомендация: когда заметите, что ваше настроение ухудшилось, спросите себя: "О чем я только что подумал(а)?" — и как можно скорее запишите мысли или образ в графу "Автоматические мысли"».

П. Понятно.

Т. Давайте посмотрим, какие еще здесь есть графы. Сверху приведены советы по каждой из них. Первую колонку заполнить просто. Когда у вас возникла мысль про Боба?

П. В пятницу вечером, после занятий.

Т. Хорошо. Можете записать это в первую колонку.

П. (*Записывает.*)

Т. Теперь, как видите, во второй графе вам предлагается описать ситуацию. Вы можете записать: «Думаю о том, чтобы спросить Боба, не захочет ли он выпить со мной кофе». (*Ждет, пока Салли записывает*). Дальше, третья графа. В нее нужно записать вашу автоматическую мысль и отметить, насколько вы ей верите. Вам нужно записать именно те слова или образы, которые возникли у вас в голове. В данном случае у вас возникла мысль: «Он не захочет пойти со мной на свидание». Насколько вы были убеждены в истинности этой мысли в тот момент?

П. Наверное, где-то на 90 процентов.

Т. Хорошо. Тогда запишите рядом с мыслью «90 процентов» или «убеждена». А в четвертой графе вам нужно записать эмоцию и ее интенсивность. Как вы чувствовали себя в тот момент?

П. Довольно грустно, на 75 процентов.

Т. Хорошо, так и запишите. (*Ждет, пока Салли закончит писать*). Теперь давайте посмотрим на пятую колонку. Здесь вам нужно определить тип негативного искажения. Можете найти свой список негативных искажений и сказать, попадает ли ваша мысль под одну из перечисленных категорий?

П. Думаю, это предсказывание будущего или чтение мыслей.

Т. Верно. На самом деле и то и то. Теперь в шестой колонке нужно воспользоваться вопросами, которые перечислены ниже. Хотите записать вопросы, которые мы только что проговорили?

П. Давайте запишу. (*Записывает.*)

Т. А последняя колонка покажет, насколько все это было полезным. Насколько вы теперь убеждены в автоматической мысли?

П. Меньше. Может, на 50 процентов.

Т. И насколько вам грустно?

П. Тоже меньше. Около 50 процентов, наверное.
Т. Так и запишите.
П. (*Записывает.*)
Т. Я хочу, чтобы вы запомнили то, что я сказала раньше. Не думайте, что все ваши негативные мысли тут же уйдут. Но если запись мыслей хотя бы немного поможет, всего на 10 процентов, это уже достойный результат.
П. Ладно.
Т. Как вам форма записи мыслей? Попробуете заполнять ее на будущей неделе сами?
П. Да, я попробую.

Некоторых пациентов удобнее знакомить с формой в два этапа. На первой сессии объясните пациентам, как заполнять первые четыре колонки. Если они справятся с этим домашним заданием, на следующей сессии объясните, как заполнять две оставшиеся.

## Форма «Проверка автоматических мыслей»

Если вы считаете, что Форма записи мыслей слишком подробная для пациента и может вызвать у него затруднения, можете воспользоваться ее упрощенной версией — формой под названием «Проверка автоматических мыслей» (рис. 12.2). Она состоит из похожих вопросов, но сформулированных проще. Также она более структурирована, заполнять ее легче.

## Когда заполнение формы не помогает

Нельзя переоценивать важность любой когнитивно-поведенческой техники, в том числе и форм. Почти все пациенты проходят через период, когда заполнение форм не приносит облегчения. Обратив внимание пациентов на *общую* полезность форм и на то, что трудности дают возможность чему-то научиться, вы поможете им избежать автоматических негативных мыслей о себе, терапии, заполнении форм и о вас.

Как было описано в предыдущей главе, оценку автоматической мысли (с использованием формы или без нее) нельзя назвать оптимальным решением, если у пациентов не получается выработать адаптивную реакцию на мысли или образы, которые вызывают наибольшую озабоченность, если автоматическая мысль является глубинным убеждением или активизируется убеждением, если оценка и реакция были поверхностными, а также если пациенты обесценивают свою реакцию.

Как выглядит ситуация? *Джоанна на меня накричала.*

Что я подумал или представил? *Она никогда больше мне не позвонит.*

Почему я думаю, что все действительно так? *Она очень разозлилась.*

Почему может оказаться, что все не совсем так или совсем не так? *Она и раньше на меня злилась, но потом успокаивалась.*

Как еще можно объяснить случившееся? *Она вспыльчивая, но отходчивая.*

Что худшее может случиться и что я в таком случае сделаю? *Я потеряю лучшего друга. Придется сосредоточиться на общении с другими друзьями.*

Что самое лучшее может случиться? *Она сейчас же перезвонит и извинится.*

Что, скорее всего, случится? *Пару дней она будет вести себя холодно, но потом я ей позвоню.*

Что случится, если я буду продолжать повторять себе эту мысль? *Я продолжу расстраиваться.*

Что может случиться, если я изменю образ мыслей? *Я почувствую себя лучше, может, раньше ей позвоню.*

Что бы я посоветовал другу [представьте конкретного человека] *Эмили,* если бы это случилось с ней? *Не волнуйся, просто подожди два дня и позвони сама.*

**Рис. 12.2.** Форма «Проверка ваших мыслей». Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

## Другие способы реагирования на автоматические мысли

Иногда для формулировки реакции на автоматические мысли вам нужно будет использовать другие методы. Например, если у пациента возникают тревожные, навязчивые мысли, вы можете предложить им технику «5 шагов» («AWARE», Beck & Emery, 1985).

1. **Принять тревогу.**
2. **Безоценочно наблюдать за тревогой.**
3. **В тревожном состоянии вести себя так, словно ты спокоен.**
4. **Повторить первые три шага.**
5. **Верить в лучшее.**

Если пациент слишком эмоционален, чтобы эффективно использовать свою исполнительскую функцию для оценки мыслей, попробуйте применить техники отвлечения внимания или релаксации, описанные в главе 15.

ГЛАВА 13

# Выявление и изменение промежуточных убеждений

В предыдущих главах описывался процесс выявления и изменения автоматических мыслей — слов и образов, которые приходят на ум в определенных ситуациях и вызывают дистресс. В этой и следующей главах мы разберемся с более глубинными идеями, не облеченными в словесную форму, которые есть у пациента о себе, других, мире и которые активируют автоматические мысли. Эти идеи часто не находят выражения до обращения к терапевту, однако выявить их и проверить несложно.

Как уже говорилось в главе 3, эти убеждения бывают двух видов: промежуточные убеждения (состоящие из правил, отношений и допущений) и глубинные убеждения (жесткие общие представления о себе, других и мире). Промежуточные убеждения не так легко модифицировать, как автоматические мысли, но все же они пластичнее глубинных убеждений.

Эта глава состоит из двух частей. В первой части разбирается *когнитивная концептуализация* (о которой мы уже начали говорить в главе 3) и иллюстрируется процесс создания диаграммы когнитивной концептуализации. Мы так много времени посвящаем обсуждению концептуализации в этой книге, потому что именно она помогает терапевту планировать терапию, выбирать вмешательства и выходить из тупиковых ситуаций, когда стандартные вмешательства не приносят результата. Во второй части этой главы мы сосредоточимся на *выявлении и изменении промежуточных убеждений*. Этой же цели служат техники, описанные в следующей главе, посвященной дополнительным конкретным техникам определения и модификации глубинных убеждений.

## Когнитивная концептуализация

Как правило, сначала вы обучаете пациентов работе с автоматическими мыслями, а только затем переходите к глубинным убеждениям. Тем не менее

с начала терапии вы начинаете формулировать концептуализацию, в которой автоматические мысли будут логически связаны с глубинными убеждениями. Если вам не удастся представить себе картину целиком, шансы на то, что терапия будет эффективной, значительно снизятся.

Начинать заполнять диаграмму когнитивной концептуализации (рис. 13.1 и 13.2) можно уже после первой сессии, если вы собрали данные в форме когнитивной модели (нижняя часть диаграммы) — иными словами, если вы узнали, какие автоматические мысли, эмоции, поведение и/или убеждения свойственны пациенту. Помимо прочего, эта диаграмма отображает взаимодействие между глубинными убеждениями, промежуточными убеждениями и текущими автоматическими мыслями. Она представляет собой когнитивную карту психопатологии пациента и помогает структурировать разнообразную информацию, касающуюся пациента. На рис. 13.1 собраны основные вопросы, которые вы должны задать себе, чтобы заполнить диаграмму.

Внося данные после первой сессии, не забывайте о том, что они пока предварительные: вы еще не накопили достаточно информации о том, насколько типичны автоматические мысли, высказанные пациентом на сессии. Заполненная диаграмма укажет неверное направление для действий, если будет содержать автоматические мысли, не являющиеся частью общего паттерна. После третьей или четвертой сессии вы будете в состоянии заполнить нижнюю половину диаграммы с большей уверенностью, потому что паттерны, скорее всего, уже проявятся.

Делитесь концептуализацией с пациентом на каждой сессии (устно или письменно), по мере обобщения его опыта в форме когнитивной модели. Показывать всю диаграмму пациентам не стоит: многих она сбивает с толку (или обижает, если они ошибочно полагают, будто вы пытаетесь подогнать их под какие-то шаблоны).

В начале, возможно, у вас будут данные для заполнения только части диаграммы. Остальные графы либо оставьте пока пустыми, либо занесите в них свои догадки, пометив знаком вопроса. Недостающие или противоречивые моменты нужно будет обсудить с пациентом на будущих сессиях. Когда придет время, вы расскажете пациенту как о верхней, так и о нижней части концептуализации — это уместно делать на сессии, целью которой является формирование у пациентов общего представления об их проблемах. Вы сформулируете концептуализацию устно, а упрощенную версию выдадите на листке бумаги или предложите пациентам (точнее, тем из них, которым это пойдет на пользу) совместно заполнить бланк. Представляя пациенту свои интерпретации, всегда позиционируйте их как догадки и спрашивайте у пациентов, согласны ли они с вышесказанным. Обычно пациенты принимают правильные гипотезы.

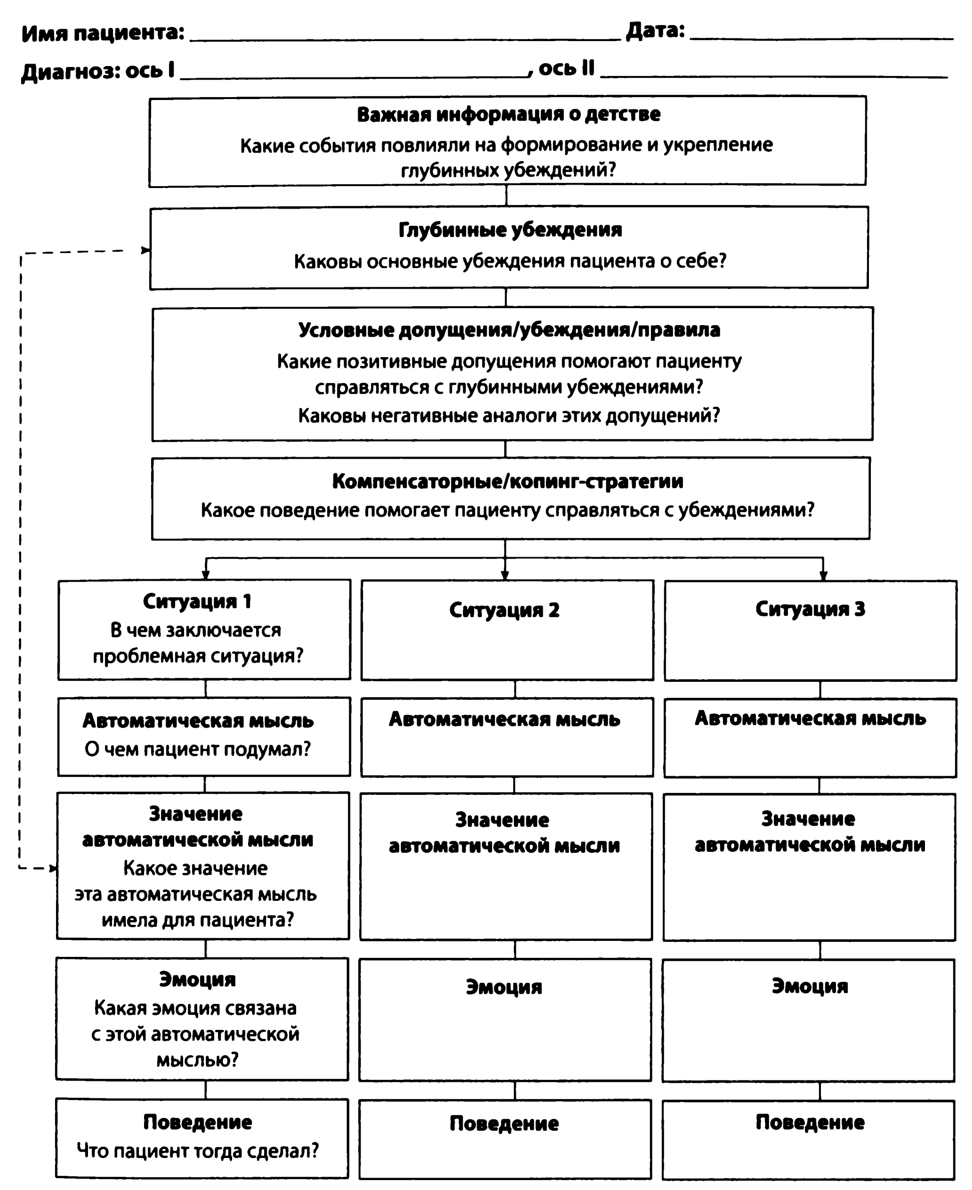



**Рис. 13.1.** Диаграмма когнитивной концептуализации. Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

Обычно лучше всего начинать с нижней части диаграммы концептуализации. Вы записываете *типичные* ситуации, в которых пациент расстраивается. Затем по каждой ситуации заполняете графы с автоматическими мыслями, их значением, связанными с ними эмоциями и характерными особенностями поведения (если таковые имеются). Не нужно прямо спрашивать пациентов о значении их автоматических мыслей: вы можете либо выдвинуть предположение (не забудьте пометить его знаком вопроса), либо, что лучше, выполнить с пациентом технику «падающей стрелы» (с. 235–237) на следующей сессии, чтобы понять значение каждой мысли.

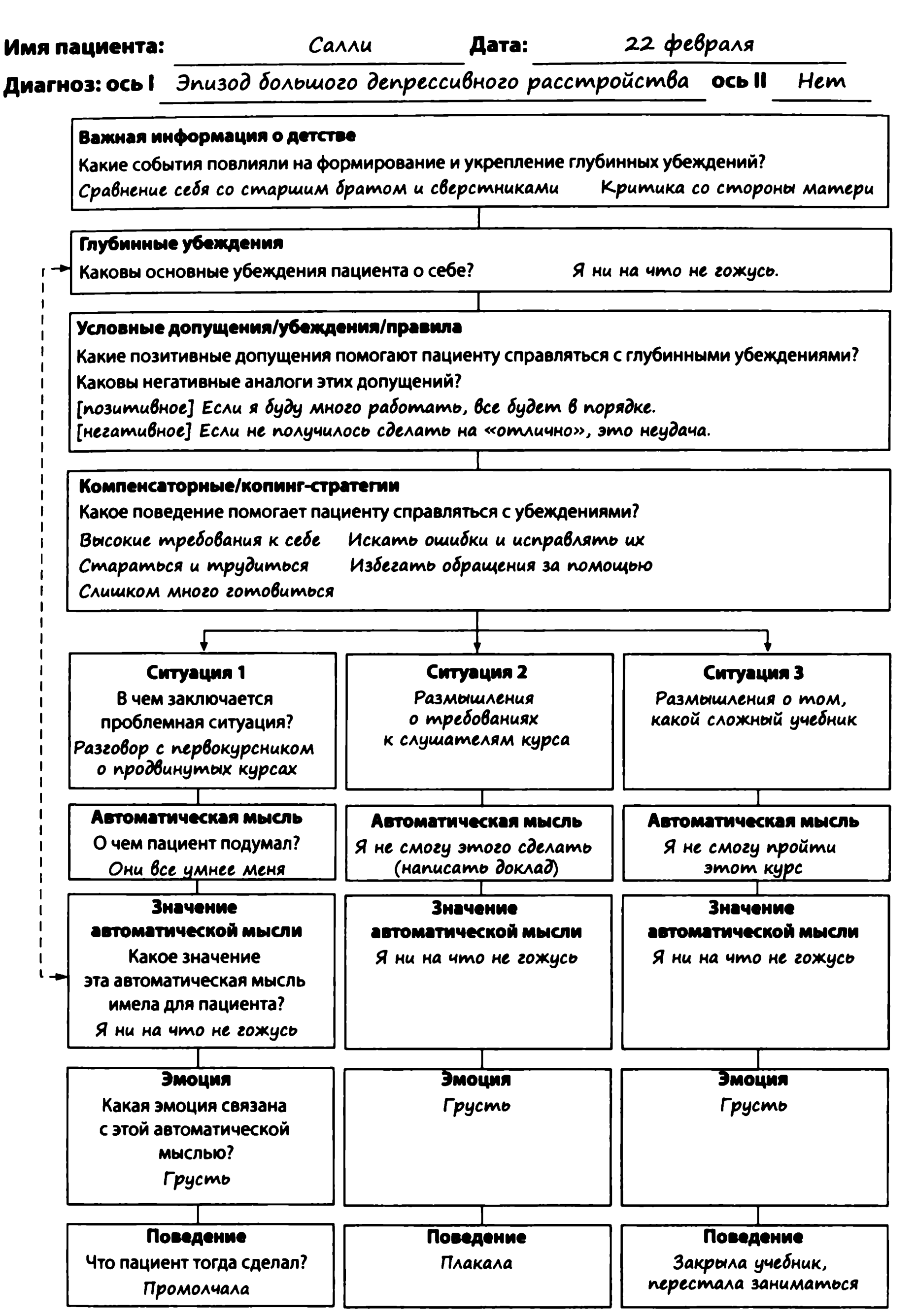
Значение каждой автоматической мысли в каждой ситуации должно быть логически связано с графой «Глубинные убеждения», которая находится в верхней части диаграммы. Например, из диаграммы Салли (рис. 13.2) четко видно, как ее автоматические мысли и их значение связаны с ее глубинным убеждением в собственной несостоятельности.

Чтобы заполнить верхние графы диаграммы, задайте себе (и пациенту) следующие вопросы: как сформировалось и закрепилось глубинное убеждение? какие жизненные события (особенно в детстве) могли способствовать формированию и закреплению убеждения? Обычно к важным событиям в детстве относятся: длительные или периодические конфликты между родителями или членами семьи; развод родителей; негативное взаимодействие с родителями, братьями и сестрами, учителями, сверстниками и другими людьми, в результате которых у ребенка возникало чувство стыда, его критиковали или обесценивали; серьезные заболевания; смерть значимых людей; физическое или сексуальное насилие; другие неблагоприятные условия, например частые переезды, травматические переживания, нищета или хроническая дискриминация и другие.

Однако важными могут оказаться и менее серьезные на первый взгляд события: например, детские переживания (валидные или невалидные), связанные с худшими достижениями, чем у братьев и сестер; с тем, что они отличались от сверстников или сверстники их унижали; с тем, что не оправдали ожидания родителей, учителей и других; с тем, что родители больше любили брата или сестру.

Далее спросите себя: «Как пациент совладал с этим болезненным глубинным убеждением? Какие промежуточные убеждения (допущения, правила и отношения) у него появились?»

Убеждения Салли изображены в виде иерархической структуры на рис. 13.3. Так как у Салли было много промежуточных убеждений, которые можно классифицировать как отношения или правила, было крайне важно перечислить основные *допущения* в графе под глубинными убеждениями (на с. 239 описано, как помочь пациенту переформулировать отношение или правило в форме допущения). Например, у Салли появилось допущение, которое помогало ей справиться с болезненным представлением о собственной несостоятельности: «Если я буду много работать, все будет в порядке».



**Имя пациента:** Салли **Дата:** 22 февраля

**Диагноз: ось I** Эпизод большого депрессивного расстройства **ось II** Нет

**Важная информация о детстве**
Какие события повлияли на формирование и укрепление глубинных убеждений?
*Сравнение себя со старшим братом и сверстниками* *Критика со стороны матери*

**Глубинные убеждения**
Каковы основные убеждения пациента о себе? *Я ни на что не гожусь.*

**Условные допущения/убеждения/правила**
Какие позитивные допущения помогают пациенту справляться с глубинными убеждениями?
Каковы негативные аналоги этих допущений?
*[позитивное] Если я буду много работать, все будет в порядке.*
*[негативное] Если не получилось сделать на «отлично», это неудача.*

**Компенсаторные/копинг-стратегии**
Какое поведение помогает пациенту справляться с убеждениями?
*Высокие требования к себе* *Искать ошибки и исправлять их*
*Стараться и трудиться* *Избегать обращения за помощью*
*Слишком много готовиться*

| Ситуация 1 | Ситуация 2 | Ситуация 3 |
|---|---|---|
| В чем заключается проблемная ситуация? *Разговор с первокурсником о продвинутых курсах* | *Размышления о требованиях к слушателям курса* | *Размышления о том, какой сложный учебник* |
| **Автоматическая мысль** О чем пациент подумал? *Они все умнее меня* | **Автоматическая мысль** *Я не смогу этого сделать (написать доклад)* | **Автоматическая мысль** *Я не смогу пройти этот курс* |
| **Значение автоматической мысли** Какое значение эта автоматическая мысль имела для пациента? *Я ни на что не гожусь* | **Значение автоматической мысли** *Я ни на что не гожусь* | **Значение автоматической мысли** *Я ни на что не гожусь* |
| **Эмоция** Какая эмоция связана с этой автоматической мыслью? *Грусть* | **Эмоция** *Грусть* | **Эмоция** *Грусть* |
| **Поведение** Что пациент тогда сделал? *Промолчала* | **Поведение** *Плакала* | **Поведение** *Закрыла учебник, перестала заниматься* |

**Рис. 13.2.** Диаграмма когнитивной концептуализации Салли. Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

Как и у подавляющего большинства пациентов, у нее была и оборотная сторона этого допущения: «Если я не буду много работать, у меня ничего не получится». Большинство пациентов оси I обычно действуют в соответствии с первым, более позитивным допущением, пока не оказываются в психологически тяжелой ситуации, когда на первый план выходят негативные допущения. Обратите внимание: определение «позитивное» необязательно значит, что убеждение является адаптивным.

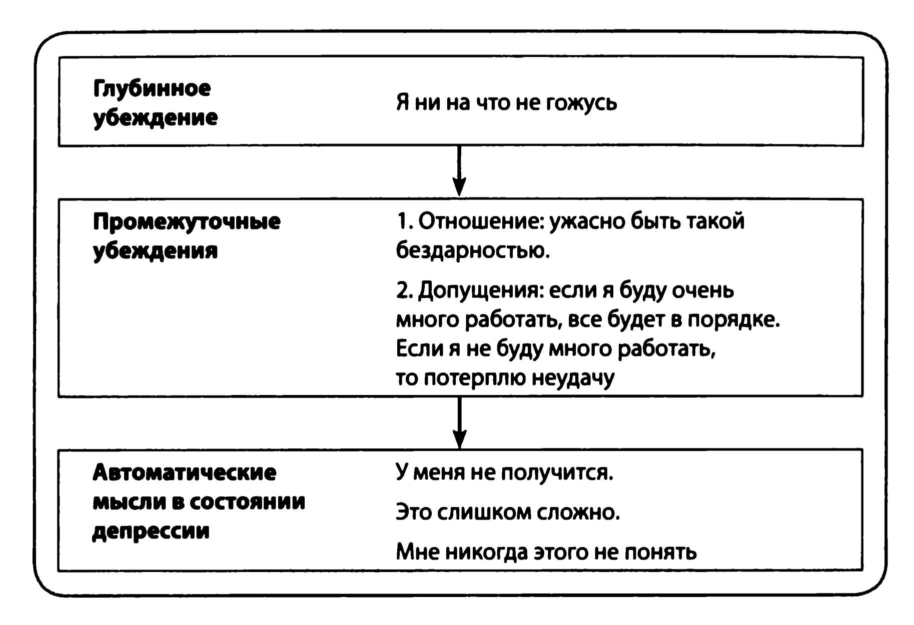



**Рис. 13.3. Иерархия убеждений и автоматических мыслей Салли**

Чтобы заполнить графу «копинг-стратегии», спросите себя: «Какие поведенческие стратегии использует пациент, чтобы совладать с болезненными глубинными убеждениями?» Обратите внимание, что широкие допущения пациента, как правило, связывают копинг-стратегии пациента с глубинным убеждением:

> «Если я буду [применение копинг-стратегии], то [мое глубинное убеждение не реализуется, все будет хорошо]. Однако если я [*не* применю копинг-стратегию], то [мое глубинное убеждение, скорее всего, реализуется]».

Стратегия Салли — применять высокие стандарты по отношению к себе, очень стараться, даже слишком дотошно готовиться к экзаменам и презентациям, постоянно отслеживать собственные недостатки и никогда не просить о помощи (особенно в ситуациях, когда это, по мнению Салли, могло обнаружить ее

«бездарность»). Она была уверена, что такое поведение защитит ее от ошибок и проявления несостоятельности (и что, если она не будет следовать своим правилам, она потерпит неудачу или все узнают, что она никудышный студент).

У другого пациента могли сформироваться стратегии, противоположные этим: избегание тяжелых задач, отказ от целей, недостаточная подготовка и постоянные просьбы о помощи. Почему у Салли сформировались одни копинг-стратегии, а у второго пациента — другие? Возможно, у них от природы разные когнитивные и поведенческие стили; или, взаимодействуя со средой, они сформировали различные промежуточные убеждения, которые подкрепили конкретные поведенческие стратегии. Возможно, в детстве у второго пациента было то же глубинное убеждение «Я ни на что не годен», но он справлялся с ним с помощью других убеждений: «Если я не буду ставить перед собой слишком сложные цели, все будет в порядке; но если я буду метить высоко, я не справлюсь»; «Если я буду полагаться на других, все будет в порядке; но если попытаюсь справиться сам, то потерплю неудачу».

Обратите внимание, что копинг-стратегии — это в большинстве случаев *обычные* поведенческие стратегии, которые бывают у каждого. Однако пациенты, находящиеся в эмоциональном стрессе, слишком часто прибегают к этим стратегиям в ущерб более функциональному поведению. На рис. 13.4 перечислены примеры стратегий, которые вырабатываются у пациентов для совладания с болезненными глубинными убеждениями.

| | |
|---|---|
| Избегать негативных эмоций | Показывать яркие эмоции (например, привлекать внимание) |
| Пытаться быть совершенным | Специально казаться некомпетентным и беззащитным |
| Быть слишком ответственным | Избегать ответственности |
| Избегать близости | Искать близости, когда это неуместно |
| Искать признания | Избегать внимания |
| Избегать конфронтации | Провоцировать других |
| Пытаться контролировать ситуацию | Передавать контроль другим |
| Вести себя инфантильно | Вести себя авторитарно |
| Пытаться угодить другим | Отдаляться от других или пытаться удовлетворить только себя |

**Рис. 13.4.** Типичные копинг-стратегии

*Резюме*. Диаграмма когнитивной концептуализации строится на информации, которую предоставляют сами пациенты, заполняется их словами и выражениями. Вам нужно помнить о том, что ваши предположения остаются предположениями до тех пор, пока сам пациент их не подтвердит. По мере накопления информации вам нужно постоянно переоценивать и дополнять диаграмму; концептуализация заканчивается только тогда, когда заканчивается лечение. Не показывая саму диаграмму пациентам, вы тем не менее можете устно (или письменно) пояснять их переживания в рамках когнитивной теории — начиная с самой первой сессии, помогая пациентам разбираться в возникающих реакциях на ситуации. Когда придет время, вы представите пациентам общую картину происходящего, чтобы они смогли понять:

- **какой вклад в формирование их глубинных убеждений о себе, мире и других внесли детские переживания;**
- **как у них сформировались определенные допущения и правила жизни, которые помогли совладать с болезненными глубинными убеждениями;**
- **как эти допущения привели к возникновению определенных копинг-стратегий или паттернов поведения, которые могли быть адаптивными или дезадаптивными в свое время, но теперь точно не являются адаптивными в большинстве ситуаций.**

Некоторые пациенты интеллектуально и эмоционально готовы увидеть всю картину уже на ранних этапах лечения; с другими пациентами вам придется немного подождать (особенно с теми из них, с кем не удалось установить прочных терапевтических отношений или которые не верят в когнитивную модель). Как уже говорилось выше, когда бы вы ни предлагали пациенту свою концептуализацию, узнавайте его мнение: согласен ли он, не согласен, нужно ли что-то изменить.

## Выявление промежуточных и глубинных убеждений

Выявить промежуточные убеждения можно следующими способами.

1. **Распознать убеждение, выраженное в форме автоматической мысли.**
2. **Предложить пациенту первую часть допущения.**

> 3. **Получить прямой ответ о правиле или об отношении.**
> 4. **Использовать технику «падающей стрелы».**
> 5. **Изучить автоматические мысли пациента и найти в них общие темы.**
> 6. **Задать пациенту прямой вопрос.**
> 7. **Проанализировать короткий опросник убеждений, заполненный пациентом.**

Все эти стратегии проиллюстрированы ниже.

1. Пациент может сам выразить убеждение в форме автоматической мысли, особенно когда находится в подавленном состоянии.

Т. О чем вы подумали, когда получили результаты теста?
П. Мне нужно было написать его лучше. Я ничего не могу сделать нормально. Я ни на что не гожусь. (*Глубинное убеждение.*)

2. Вы можете выявить допущение, предложив пациенту его первую часть.

Т. Значит, вы подумали: «Мне придется заниматься всю ночь».
П. Да.
Т. А как думаете: если вы не будете работать с полной самоотдачей, готовя доклад или проект, — что случится?
П. Я не выложилась полностью. Я провалюсь.
Т. Вам это ничего не напоминает из наших прошлых обсуждений? Обычно вы именно так смотрите на свои усилия. Как будто если вы не выложитесь по максимуму, то обязательно провалитесь?
П. Да, наверное.
Т. Можете привести еще примеры, чтобы мы смогли понять, насколько свойственно вам это убеждение?

**В.** А что, если... пациентам не удается дополнить формулировку допущения?

**О.** Перефразируйте вопрос.

Т. Давайте я переформулирую вопрос: если вы не выложитесь по максимуму, работая над докладом или проектом, что плохого может случиться? или какие плохие вещи это может значить?

3. Вы также можете выявить правило или отношение, запросив его у пациента напрямую.

Т. Получается, вам важно быть очень хорошим репетитором на добровольных началах?
П. Конечно.
Т. Помните, мы уже обсуждали то, что вам нужно всегда выкладываться по максимуму? Можете сформулировать правило на основе этого?
П. О... Я об этом не думал. Наверное, мне нужно добиваться совершенства во всем, что делаю.

4. Четвертую технику чаще используют для выявления глубинных убеждений — ее называют техникой «падающей стрелы» (Burns, 1980). Во-первых, нужно выявить ключевую автоматическую мысль, которая, на ваш взгляд, вытекает из дисфункционального убеждения. Затем нужно узнать у пациента, какое *значение* имеет для него эта когниция — допуская, что автоматическая мысль может быть правдивой. И продолжать в этом духе до тех пор, пока не удастся выявить одно или несколько важных убеждений. Вопрос о значении определенной мысли *для* пациента часто выявляет лишь промежуточные убеждения; если же вы спросите, что мысль говорит *о* пациенте, то, скорее всего, раскроете глубинное убеждение.

Т. Хорошо. Давайте обобщим: вчера вечером вы занимались допоздна, просматривали свои конспекты и подумали: «Эти конспекты какие-то бессмысленные», — и почувствовали грусть.
П. Да.
Т. Понятно. Мы еще не разбирали доказательства и не знаем, насколько эта мысль правдива. Но мне бы хотелось понять, *почему* эта мысль заставила вас грустить. Для этого давайте на минуту допустим, что эта мысль верна, ваши конспекты действительно бессмысленные. Что бы это значило для вас?
П. Что на занятиях я не справляюсь.
Т. Хорошо. А если бы действительно оказалось, что вы не справляетесь на занятиях, что бы это означало?
П. Я плохая студентка. (*Здесь мы видим допущение: «Если мне не удается хорошо проявить себя на занятиях, значит, я плохая студентка».*)
Т. Хорошо. А если вы и вправду плохая студентка, что *это* говорит о вас?
П. (*Глубинное убеждение.*) Что я недостаточно хороша. (*Я ни на что не гожусь.*)

Иногда техника «падающей стрелы» заводит в тупик, если пациент в ответ рассказывает о своих чувствах. Например: «Это было бы ужасно» или «Это бы очень меня встревожило». Приведенный ниже пример иллюстрирует последовательность действий терапевта в таком случае: сначала проявить эмпатию, затем постараться вернуться к намеченному обсуждению. Чтобы снизить вероятность негативной реакции на ваши действия, обязательно обоснуйте, почему вам приходится повторяться, и не забывайте менять форму вопросов:

- «Если это действительно так, то что?»
- «Это так плохо, потому что...»
- «Хуже всего в этом то, что...»
- «Что это говорит *о вас*?»

Ниже приведена стенограмма беседы, в которой я даю краткое обоснование и варьирую вопросы в рамках техники «падающей стрелы».

Т. Нам очень важно понять, что именно в этой ситуации так сильно вас расстраивает. Что бы это значило для вас — если бы ваша соседка по комнате и все друзья *действительно* учились лучше, чем вы?
П. О, я бы этого просто не вынесла.
Т. То есть это очень сильно расстроило бы вас. Но что было бы самым ужасным в такой ситуации?
П. Они бы, наверное, смотрели на меня свысока.
Т. А если бы они смотрели на вас свысока — почему это было бы так неприятно?
П. Мне бы это очень не нравилось.
Т. Понятно, вы бы очень из-за этого расстроились. Но почему? Что плохого в том, что они смотрят на вас свысока?
П. Не знаю. Просто это неправильно.
Т. Это бы что-то говорило *о вас*? Если бы они смотрели на вас свысока?
П. Что я ниже их. Что я не так хороша, как они. (*Допущение: «Если люди смотрят на меня свысока, значит, я хуже их». Глубинное убеждение: «Я хуже».*)

Как понять, что пора завершать технику «падающей стрелы»? Как правило, когда вы раскрываете важное промежуточное и/или глубинное убеждение, у пациента резко ухудшается настроение и/или он начинает повторять убеждение, пользуясь одними и теми же словами.

Т. А что бы это значило для вас, если бы вы оказались хуже их?
П. Ничего. Просто я была бы хуже.

5. Пятый способ выявления убеждений — поиск повторяющихся тем в автоматических мыслях пациента, возникающих в разных ситуациях. Пациентов с хорошей рефлексией вы можете спросить, не замечали ли они сами в своих мыслях повторяющихся сюжетов, или же вы можете выдвинуть свое предположение об их убеждении и предложить им оценить его достоверность.

Т. Салли, во многих ситуациях вы, по-видимому, думаете: «Я не смогу», «Это слишком сложно» или «У меня не получится». Вы убеждены в том, что вы по какой-то причине ни к чему не способный человек? Действительно ли это так?
П. Пожалуй, да. Я действительно думаю, что я неспособная.

6. Шестой способ выявления убеждений пациента — прямой вопрос. Некоторым пациентам несложно сформулировать ответ.

Т. Салли, подумайте, какое у вас может быть убеждение по поводу обращения за помощью?
П. Ну... что просить о помощи — значит показать свою слабость.

7. Наконец, можно предложить пациенту заполнить опросник убеждений, например шкалу дисфункциональных отношений (Dysfunctional Attitude Scale; Weissman & Beck, 1978) или опросник личностных убеждений (Personality Belief Questionnaire; A. T. Beck & Beck, 1991). Внимательный анализ пунктов, по которым получены высокие значения, может высветить проблемные убеждения. Подобные опросники — полезное дополнение к техникам, описанным выше.

*Резюме*. Существуют разнообразные способы выявления промежуточных и глубинных убеждений. Вы можете искать автоматические мысли, выражающие такое убеждение; формулировать гипотетическую ситуацию («Если...») или допущение и предлагать пациенту продолжить; запросить правило напрямую; использовать технику «падающей стрелы»; искать сходства между автоматическими мыслями в различных ситуациях; спрашивать пациентов, какого убеждения они, по их мнению, придерживаются, или предлагать им заполнять опросники убеждений.

## Как определить, нужно ли модифицировать убеждение

После того как вы выявите промежуточное убеждение, нужно понять, является ли оно основным или второстепенным для пациента. Чтобы организовать терапевтический процесс максимально эффективно, нужно фокусироваться на самых важных промежуточных убеждениях (Safran, Vallis, Segal, & Shaw, 1986). Не имеет смысла тратить время и силы на несущественные убеждения или на те убеждения, в которые пациент не особенно верит.

Т. Судя по всему, вы убеждены в том, что, если люди вас не одобряют, значит, вы хуже их.
П. Да, похоже на то.
Т. Насколько вы в этом убеждены?
П. Не сильно, может быть, на 20 процентов.
Т. Тогда нам не нужно работать над этим убеждением. Может быть, вернемся к проблеме, которую мы обсуждали ранее?

Выявив важное промежуточное убеждение, вы должны решить, озвучивать ли его пациенту, и если да — нужно ли предложить проработать его в будущем или прямо сейчас. Спросите себя:

**«В чем именно заключается убеждение?»**

**«Насколько сильно пациент в него верит?»**

**«Если его убежденность сильна, насколько сильно это затрагивает жизнь пациента?»**

**«Если убеждение сильно влияет на жизнь пациента, нужно ли проработать его прямо сейчас? Велика ли вероятность, что пациент сможет оценить его достаточно объективно? Хватит ли времени до конца сессии?»**

Чем раньше вы начнете модифицировать убеждения пациента, тем лучше. Когда пациент больше не будет придерживаться своих убеждений или станет меньше им доверять, он начнет интерпретировать жизненный опыт более реалистично и функционально. Однако некоторые убеждения заложены так глубоко, что желательно сначала обучить пациентов оценивать более поверхностные когниции (автоматические мысли), чтобы они убедились: их мысли и убеждения не обязательно соответствуют истине. У некоторых пациентов модификация убеждений проходит довольно легко, другим про-

цесс дается тяжелее. Обычно сначала модифицируются промежуточные убеждения и лишь после — глубинные, потому что они довольно ригидные.

## Как объяснить пациенту природу убеждений

После того как вы выявили важное убеждение и убедились, что пациент жестко его придерживается, проинформируйте его об общей природе убеждений. Лучше всего взять за основу одно конкретное убеждение, свойственное самому пациенту. Подчеркните, что существует целый спектр убеждений, которые пациент может приобрести, и что любое убеждение — это не врожденное явление, а значит, его можно менять.

Т. Итак, мы выявили некоторые свойственные вам убеждения: «Ужасно, когда я выполняю свою работу посредственно», «Я должна делать все идеально» и «Если я не сделаю все, что могу, то потерплю неудачу». Как думаете, когда они могли сформироваться?
П. Наверное, в детстве.
Т. Как вы считаете, такие убеждения есть у всех?
П. (*Думает.*) Нет. Некоторым как будто все равно.
Т. Можете ли вы вспомнить конкретного человека, у которого точно нет таких убеждений?
П. Ну, моя сестра Эмили, например.
Т. А какие убеждения есть у нее?
П. Думаю, она не боится быть посредственной. Для нее главное — хорошо проводить время.
Т. То есть у нее сформировались другие убеждения?
П. Наверное.
Т. Что ж, плохая новость заключается в том, что сейчас у вас есть набор убеждений, которые не приносят вам удовлетворения, верно? Хорошая новость в том, что эти убеждения у вас *сформировались*, а значит, от них можно отказаться и усвоить другие — может быть, не такие, как у Эмили, но что-то среднее между вашими убеждениями и ее. Как вам такое предложение?

## Как перевести правила и отношения в форму допущений

Обычно пациентам легче замечать и тестировать искаженные промежуточные убеждения, когда они сформулированы как допущение, а не как правило или отношение. После выявления правила или отношения вы можете использовать технику «падающей стрелы», чтобы установить их истинное значение для пациента.

Т. Значит, вы убеждены, что все нужно делать самой (правило) и что просить о помощи — это ужасно (отношение). Но когда вы все же вынуждены просить о помощи — что это *значит* для вас? Например, когда вам нужно разобраться с домашним заданием?
П. Это значит, что я ни на что не гожусь.
Т. Насколько вы убеждены в этом прямо сейчас? «Если я прошу о помощи, значит, я ни на что не гожусь?»

Логическая оценка условного допущения с помощью вопросов и других методов часто приводит к возникновению более сильного когнитивного диссонанса, чем оценка правила или отношение. Поэтому Салли проще увидеть искажение и/или дисфункциональность допущения «Если я попрошу о помощи, значит, я ни на что не гожусь», чем правила «Мне не стоит просить никого о помощи».

## Оценка преимуществ и недостатков убеждений

Часто бывает полезно изучить преимущества и недостатки того, что пациент продолжит придерживаться конкретного убеждения. (Аналогичный процесс описывался выше, в разделе, посвященном оценке полезности автоматических мыслей, на с. 200–201.)

Т. Какие *преимущества* дает вам убеждение в том, что, если вы не выложитесь на полную, то будете неудачницей?
П. Ну, это заставляет меня стараться.
Т. Было бы интересно выяснить, действительно вам *нужно* такое категоричное убеждение, чтобы мотивировать себя на работу. Мы позже вернемся к этой мысли. Может быть, еще какие-то преимущества?
П. ...Нет. Больше ничего не могу придумать.
Т. А какие недостатки есть у убеждения в том, что вы неудачница, если не выкладываетесь на полную?
П. Ну, я чувствую себя отвратительно, если плохо сдаю экзамен... Я очень нервничаю, когда нужно выступать на публике... Мне ни на что не хватает времени, потому что я все время занимаюсь...
Т. А удовольствие от учебы вы при этом получаете? Или убеждение вам и здесь мешает?
П. Да, действительно, мешает.
Т. Тогда, получается, мысль о том, что только данное убеждение способно сподвигнуть вас на то, чтобы стараться как следует, может быть справедливым или не быть таковым. А убеждение о том, что вы должны обязательно раскрыть свой потенциал, заставляет вас плохо себя чувствовать, когда

что-то не получается, нервничать перед выступлениями, мешает наслаждаться учебой и не дает делать то, что вам нравится. Все правильно?

П. Да.

Т. В таком случае хотите ли вы изменить это убеждение?

## Формулировка нового убеждения

Чтобы решить, какие стратегии использовать для модификации убеждения, вам нужно четко сформулировать для себя более адаптивное убеждение. Спросите себя: «Какое убеждение принесло бы пациенту больше пользы?»

Например, на рис. 13.5 перечислены текущие убеждения Салли и новые убеждения, которые придумала я. Хотя формулировка нового убеждения обязательно должна рождаться в процессе *совместной* работы, вам тем не менее нужно сформулировать для пациента несколько более разумных гипотетических убеждений, чтобы в соответствии с ними выбирать стратегии изменения старых убеждений.

*Резюме.* До модификации убеждения пациента вам нужно убедиться, что оно является основным, что пациент действительно его придерживается. Затем вам нужно сформулировать для себя более функциональное, менее жесткое убеждение, которое тематически *связано* с дисфункциональным, но, по вашему мнению, является более реалистичным и адаптивным для пациента. Навязывать это убеждение не нужно — нужно через совместную работу, сократовские диалоги приводить пациента к формулированию альтернативного убеждения. Кроме того, вы можете проинформировать пациента о природе убеждений (например, что они по сути своей являются идеями, необязательно правдивыми; что они приобретаются в течение жизни, а потому их можно менять; что их можно оценивать и модифицировать) и/или помочь им оценить преимущества и недостатки этого убеждения.

# Модификация убеждений

Существует ряд стратегий модификации как промежуточных, так и глубинных убеждений. (Дополнительные техники модификации глубинных убеждений подробнее описаны в следующей главе.) Некоторые убеждения изменить несложно, но чаще для этого приходится прилагать значительные усилия в течение определенного периода времени. Вы будете регулярно спрашивать пациента о том, насколько сильна его убежденность сейчас (0–100 %) как на «интеллектуальном», так и на «эмоциональном» уровне, чтобы понять, когда можно завершать работу.

| Прежние убеждения Салли | Более полезные убеждения |
|---|---|
| 1. Если я справляюсь хуже других, я неудачница | Если я справляюсь хуже других, это не делает меня неудачницей. Я всего лишь человек |
| 2. Просить о помощи — признак слабости | Если я попрошу кого-то помочь, когда мне это нужно, я продемонстрирую свои навыки решения проблем (что является признаком силы) |
| 3. Если мне что-то не удастся на работе / в колледже, я неудачница по жизни | Если мне что-то не удается на работе / в колледже, это ничего не говорит обо мне как о человеке. (Мое «я» состоит из того, как я умею дружить, какая я дочь, сестра, родственница, гражданка и член сообщества. А также выражается через мои качества: доброту, чуткое отношение к другим, готовность помочь и т. п.) Кроме того, неудача не является постоянной величиной |
| 4. Я должна добиваться превосходных результатов во всем, за что берусь | Мне не нужно достигать высот в областях, к которым у меня нет склонности (и не хочу, и не могу тратить на них время и силы, жертвуя другими вещами) |
| 5. Мне всегда нужно стараться изо всех сил и добиваться наилучшего результата | Обычно стоит вкладываться в деятельность с разумным энтузиазмом |
| 6. Если я не раскрою свой потенциал, я неудачница | Если я не добьюсь лучших результатов для себя, значит, я успешна на 70, 80 или даже 90 %, но никак не на 0 % |
| 7. Если я не буду стараться все время, меня ждет неудача | Если я не буду стараться все время, скорее всего, я неплохо справлюсь и буду вести более сбалансированную жизнь |

**Рис. 13.5.** Формулировка более функциональных убеждений

Добиваться снижения убеждения до 0 % обычно либо не нужно, либо не представляется возможным. Поэтому решение о прекращении работы над убеждением всегда субъективно. Как правило, убеждение считается эффективно измененным, когда степень доверия к нему 30 % и ниже или когда пациент готов менять свое дисфункциональное поведение и дальше, несмотря на сохраняющееся убеждение.

Желательно, чтобы в своих терапевтических заметках пациенты отражали изменения убеждений. Особенно важно отмечать следующее: дисфункциональное убеждение; новое, более функциональное убеждение, а также силу каждого из них, выраженную в процентном отношении — как в приведенном ниже примере.

*Старое убеждение*: «Если я не добиваюсь отличных результатов, я неудачник» (50 %)

*Новое убеждение*: «Я неудачник, только если потерплю неудачу почти во всем» (80 %)

В качестве домашнего задания стоит предложить пациенту ежедневно перечитывать убеждения и переоценивать их степень.

Ниже перечислены техники для модификации убеждений. Некоторые из них аналогичны техникам, используемым для модификации автоматических мыслей.

1. Сократовский диалог.
2. Поведенческие эксперименты.
3. Когнитивный континуум.
4. Рационально-эмотивные ролевые игры.
5. Использование окружающих в качестве ориентира.
6. Действия «как если бы...».
7. Самораскрытие терапевта.

## Использование сократовского диалога для модификации убеждений

В приведенной ниже стенограмме для изучения убеждения Салли я использую те же вопросы, что и ранее для оценки ее автоматических мыслей. При выявлении общего убеждения я помогаю Салли оценить его в контексте конкретных ситуаций. Конкретика помогает сделать процесс оценки более точным и осмысленным, а также менее абстрактным и рациональным.

Т. (*Резюмирует результаты использования техники «падающей стрелы».*) Хорошо, получается, вы примерно на 90 процентов убеждены в том, что если вы попросите кого-то о помощи, значит, вы ни на что не годитесь.
П. Да.
Т. Можно ли относиться к просьбам о помощи по-иному?
П. Не знаю...
Т. Возьмем для примера терапию. Можно ли сказать, что вы ни на что не годитесь, потому что обратились ко мне за помощью?
П. Ну, в какой-то степени...
Т. Хмм. Интересно. Потому что я думаю совершенно по-другому. Может ли факт, что вы обратились к терапевту, свидетельствовать о вашей *силе* и *адекватности*? Что случилось бы, если бы вы не пришли сюда?
П. Я бы продолжала прятаться от жизни.
Т. То есть можно сказать, что обращаться за помощью в случае болезни, например депрессии, правильнее, чем ничего не делать?
П. Да... наверное.
Т. Давайте все-таки определимся. Представьте себе двух студентов колледжа, у обоих депрессия. Один старается вылечиться, а другой нет, и у второго сохраняются все симптомы. Кого из них вы посчитали бы более адекватным?
П. Ну, того, кто обратился за помощью.
Т. А как насчет вашей работы, которую мы уже обсуждали? Давайте опять представим двух студентов. Они впервые занимаются репетиторством. И не уверены, как справятся с задачей, потому что никогда раньше этим не занимались. Один просит ему помочь, а второй нет, и его трудности сохраняются. Кто из них более адекватен?
П. (*Неуверенно.*) Тот, кто просит ему помочь?
Т. Вы уверены?
П. (*Ненадолго задумывается.*) Да. Страдать, вместо того чтобы попросить о помощи и стать лучше, — это не признак силы.
Т. И насколько вы в этом убеждены?
П. Довольно сильно: где-то на 80 процентов.

Т. А эти примеры, которые мы обсудили, терапия и репетиторство, — они на вас тоже распространяются?
П. Наверное, да.
Т. Предлагаю вам кое-что записать... Давайте назовем первую идею «старым убеждением». Как мы его сформулируем?
П. Если я прошу о помощи, я ни на что не гожусь.
Т. Насколько вы в данный момент в этом убеждены?
П. Меньше. Может быть, на 40 процентов.
Т. Хорошо, тогда напиши рядом: «40 процентов».
П. (*Записывает.*)
Т. Теперь напишите: «Новое убеждение». Как мы его формулируем?
П. Если я прошу о помощи, это не значит, что я ни на что не гожусь?
Т. Звучит так, словно вы не уверены в этом. Может быть, лучше сформулировать так: «Если я попрошу мне помочь, когда помощь мне действительно нужна, это будет признаком того, что я адекватна»?
П. Да. (*Записывает.*)
Т. Насколько вы в данный момент в этом убеждены?
П. Сильно... (*Перечитывает и обдумывает новое убеждение.*) Пожалуй, на 70–80 процентов. (*Записывает.*)
Т. Хорошо, Салли, мы еще вернемся к этим убеждениям. Я предлагаю вам сделать две вещи в качестве домашнего задания на следующей неделе. Во-первых, перечитывайте эти убеждения каждый день и оценивайте их силу — просто записывайте проценты рядом с самими убеждениями.
П. Хорошо.
Т. (*Логически обосновывает.*) Когда вы записываете, насколько сильно убеждены, вы действительно думаете над этими убеждениями. Вот почему я не предлагаю просто их перечитывать.
П. Хорошо. (*Записывает задание.*)
Т. Кроме того, могли бы вы попробовать на следующей неделе отслеживать ситуации, в которых можно было бы попросить о помощи, *когда вам это действительно нужно*? То есть представим, что вы на сто процентов убеждены: просить о помощи, когда необходимо, — это признак сильной личности, адекватно представляющей ситуацию. Когда на следующей неделе вы могли бы попросить кого-либо о помощи? Запишите эти ситуации.
П. Хорошо.

В описанном выше примере я использую сократовский диалог в контексте конкретных ситуаций, чтобы помочь Салли оценить ее промежуточное убеждение. Я посчитала, что стандартные вопросы на проверку доказательств и оценивание результатов сработали бы не так эффективно,

как подведение Салли к альтернативной точке зрения. Мои вопросы имеют более убедительную форму и менее беспристрастны, чем тогда, когда я помогала ей оценивать более гибкие когниции на уровне автоматических мыслей. Затем мы придумали такое домашнее задание, чтобы Салли каждый день могла обдумывать как дисфункциональное допущение, так и новое убеждение.

## Поведенческие эксперименты для проверки убеждений

Оценивать достоверность убеждений, как и автоматических мыслей, можно с помощью поведенческих тестов. Правильно спланированные и проведенные эксперименты позволяют модифицировать убеждения пациентов намного эффективнее, чем вербальные техники на сессиях.

Т. Хорошо, Салли, мы выявили еще одно убеждение: «Если я попрошу о помощи, это принизит меня в глазах других», сила которого составляет 60 процентов. Но я же не стала к вам хуже относиться, правильно?
П. Нет, конечно, нет. Но ведь это ваша работа — помогать людям.
Т. Согласна. Однако было бы полезно понять, не рассуждают ли другие люди примерно как я. Как это можно узнать?
П. Наверное, можно просто попросить у них помощи.
Т. Хорошо, а у кого можно было бы попросить помощи и в чем именно?
П. Ну-у... не знаю.
Т. Может быть, у вашей соседки?
П. Действительно. Хотя вообще-то я иногда и так ее прошу. Но можно было бы попросить старосту общежития мне в чем-нибудь помочь.
Т. Хорошо. А как насчет преподавателя-консультанта?
П. Ага. А еще я могла бы попросить брата мне помочь. Хотя нет. Просить соседку и брата я не буду. Я знаю, что не стану хуже в их глазах.
Т. То есть получается, вы и сами понимаете, что существуют исключения из этого правила?
П. Да. Но думаю, что к старосте и консультанту могла бы обратиться.
Т. И о чем бы вы их попросили?
П. Ну, ассистента преподавателя... я могла бы спросить о докладах, которые мне нужно подготовить, и о лекциях. А старосту — не знаю... К преподавателю-консультанту обращаться как-то странно. Я даже не знаю, на чем собираюсь специализироваться.
Т. По-моему, получился бы интересный эксперимент, если бы вы попросили помочь с выбором специалиста, чья работа заключается в том, чтобы помогать студентам принимать подобные решения.

П. И правда...
Т. Так вы смогли бы решить сразу два вопроса: проверить свое убеждение в том, что просьба принизит вас в глазах других, *и* получить совет по решению реальной проблемы.
П. Действительно.
Т. Хорошо. В таком случае хотелось бы вам проверить убеждение: «Если я буду просить о помощи, это принизит меня в глазах других»? Может быть, сделаете это на будущей неделе?

В описанном выше диалоге я предложила пациентке провести поведенческий эксперимент для проверки убеждения. Если бы я почувствовала, что Салли сомневается, я бы спросила ее, какова вероятность того, что она действительно проведет эксперимент, и какие практические трудности и мысли могут ей помешать. Я бы также провела скрытую репетицию (с. 336–338), чтобы повысить вероятность того, что Салли доведет дело до конца. Далее, если бы я думала, что вероятность того, что просьба принизит Салли в глазах других, действительно есть, мы бы с ней обсудили, какое значение это имеет для нее и как с этим справляться. Кроме того, я попросила бы Салли рассказать, что она понимает под принижением, чтобы убедиться: она не интерпретирует как принижение нормальное поведение других людей.

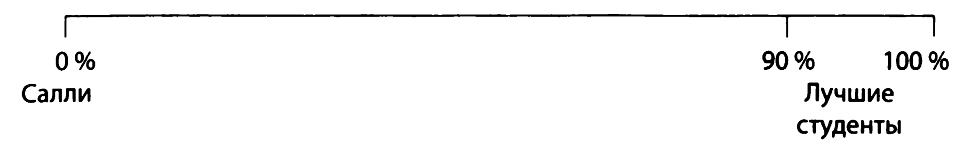
Более подробно поведенческие эксперименты описаны в книге Беннетта-Ливи и коллег (Bennett-Levy and colleagues, 2004).

## Когнитивный континуум для модификации убеждений

Эта техника полезна для модификации как автоматических мыслей, так и убеждений, отражающих черно-белое мышление (например, когда пациент рассуждает о ситуации с позиции «все или ничего»). Так, Салли была убеждена, что если она не попадет в число лучших студентов — значит, она неудачница. Построение когнитивного континуума для рассматриваемой идеи помогает пациенту найти «золотую середину». Это отлично иллюстрирует следующая стенограмма.

Т. Итак, вы убеждены в том, что если не окажетесь в числе лучших студентов — значит, вы неудачница. Давайте попробуем представить это убеждение графически. (*Рисует шкалу с цифрами.*) Куда мы поместим самых лучших студентов?
П. Сюда. Наверное, на 90–100 процентов.
Т. Хорошо. А если вы неудачница? Куда мы поставим эту точку?
П. Наверное, на ноль процентов.

**Первое изображение графика успешности**




Т. А есть ли человек, для которого ноль процентов более реальная отметка, чем для вас?

П. Ну... Может быть, Джек, парень из моей группы по экономике. Я знаю, что он учится хуже меня.

Т. Хорошо, давайте поместим Джека на ноль процентов. А есть ли кто-то, кто еще хуже Джека?

П. Наверное.

Т. Можете представить студента, который проваливает каждый тест, каждый доклад?

П. Да.

Т. И если такого человека, настоящего неудачника, мы и поставим на ноль процентов, то куда нам передвинуть Джека? И где окажетесь вы?

П. Наверное, Джека — на 30 процентов. А меня тогда — на 50 процентов.

Т. А как насчет человека, который проваливает действительно все и даже не приходит на занятия, не читает и не сдает ни одного доклада?

П. Получается, *его* нужно поставить на ноль процентов.

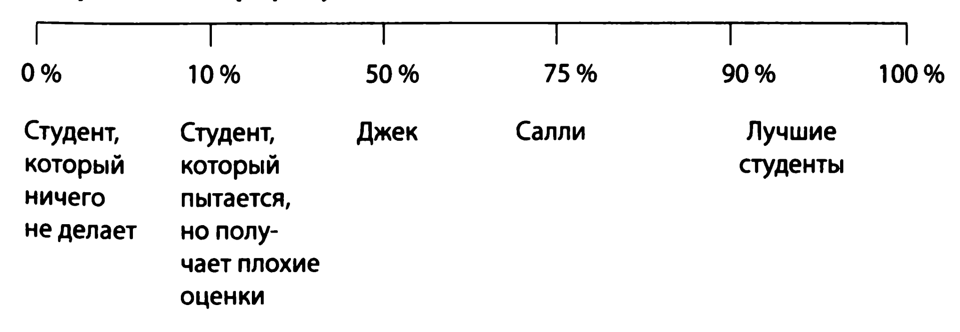
Т. А где тогда окажется студент, который по крайней мере пытается, хотя у него ничего толком не получается?

П. Наверное, тогда — на 10 процентов.

Т. А вас и Джека?

П. Джека — где-то на 50 процентов. А меня, получается, на 75 процентов.

**Исправленный график успешности**



Т. Тогда в качестве домашнего задания я предлагаю проверить, насколько правильна эта оценка в 75 процентов. Даже если она правильна для вашего колледжа, в других учебных заведениях вы вполне могли бы оказаться в этом рейтинге еще выше. В любом случае насколько корректно называть неудачником человека, который успешен на 75 процентов?

П. Не особенно.

Т. Наверное, худшее, что можно сказать, — это что он или она всего на 75 процентов успешен.

П. Да. (*Заметно оживляется.*)

Т. Хорошо. А теперь вернемся к исходной идее. Насколько вы убеждены в том, что если не попадаете в группу лучших студентов, то вы неудачница?

П. Не сильно. Наверное, на 25 процентов.

Т. Отлично!

Техника когнитивного континуума особенно полезна в работе с пациентами, которым свойственно дихотомическое мышление. Как и с другими техниками, вы можете напрямую обучить пациента применять ее самостоятельно при необходимости.

Т. Салли, давайте суммируем наши достижения. Мы нашли ошибку типа «все или ничего» в вашем мышлении. Затем мы нарисовали шкалу, чтобы посмотреть, действительно ли существует только две категории: успех и неудача, — или же корректнее говорить о *степенях* успеха. Можете привести примеры других ситуаций, в которых вы видите только две категории и которые вас расстраивают?

## Рационально-эмотивная ролевая игра

Эту технику также называют вопрос-контрвопрос (Young, 1999) и обычно применяют после того, как другие техники, описанные в этой главе, уже были испробованы. В частности, она полезна, когда пациенты говорят, что ***умом*** понимают дисфункциональность своего убеждения, но ***эмоционально*** («сердцем») все равно чувствуют его истинность. Сначала вы предоставляете обоснование: предлагаете пациенту сыграть роль «эмоциональной» части их разума, которая поддерживает дисфункциональное убеждение, а сами исполняете роль «интеллектуальной» части. Затем вы меняетесь ролями. Обратите внимание, что в обоих случаях вы говорите за пациента — то есть вам тоже нужно использовать местоимение «я».

Т. Судя по тому, что вы говорите, до какой-то степени вы все еще верите, что вы неспособная, потому что закончили прошлый семестр хуже, чем хотели.

П. Да.

Т. Мне бы хотелось лучше понять, какие доказательства поддерживают это убеждение.

П. Ладно.

Т. Предлагаю разыграть ситуацию по ролям. Я сыграю вашу «рациональную» часть, которая понимает, что, даже если вы не учитесь всегда на «отлично», это не значит, что вы неспособная. А вы сыграете «эмоциональную» часть, свой внутренний голос, который до сих пор уверен в том, что вы неспособная. Постарайтесь спорить со мной, доказывать свою правоту. Так я смогу увидеть, что на самом деле поддерживает ваше убеждение. Согласны?

П. Да.

Т. Хорошо. Тогда начинайте. Скажите: «Я неспособная, потому что не все предметы сдала на “отлично”».

П. Я неспособная, потому что не все предметы сдала на «отлично».

Т. Нет, это неправда. У меня есть *убеждение*, что я неспособная, но на самом деле я достаточно способная.

П. Нет, это неправда. Если бы я действительно была способной, я *бы* сдала все экзамены на «отлично» в прошлом семестре.

Т. Это неправда. Иметь способности — не то же самое, что успевать на «отлично» по всем учебным дисциплинам. Если бы это было правдой, способными можно было бы назвать только один процент студентов в мире, а все остальные были бы неспособными.

П. Ну а я получила «удовлетворительно» по химии. Это *доказывает*, что я неспособная.

Т. И это тоже неправда. Если бы я совсем провалила тест, *возможно*, это означало бы, что у меня нет способностей к химии, но не указывало бы на отсутствие у меня способностей *в принципе*. Кроме того, возможно, способности к химии у меня есть, а не самую лучшую оценку я получила по другой причине: например, не могла сосредоточиться на учебе из-за депрессии.

П. Однако у по-настоящему способного человека не развилась бы депрессия.

Т. Вообще-то депрессия бывает и у по-настоящему способных людей. Никакой связи тут нет. И когда у способных людей начинается депрессия, их внимание и мотивация страдают, и они не достигают таких же успехов, как раньше. Однако это не значит, что они ни на что не способны.

П. Наверное, это действительно так. У них просто депрессия.

Т. Я согласна с вами, но вы вышли из роли. Можете ли вы привести еще какие-то доказательства тому, что вы неспособная?

П. (*Ненадолго задумывается.*) Нет, наверное, не могу.

Т. Тогда, может быть, поменяемся ролями: вы изобразите «рациональную» часть себя, а я — «эмоциональную»? И я использую те же аргументы, что приводили вы.
П. Хорошо.
Т. Тогда я начинаю. Я неспособная, потому что не все предметы сдала на «отлично».

Смена ролей помогает пациенту выступить в роли голоса разума, которым до того были вы. Используйте те же эмоциональные обоснования и слова, что и пациент. Если вы будете пользоваться его выражениями и не будете давать новых поводов для сомнений, пациенту будет проще точнее отреагировать на конкретные переживания.

Если пациент не может сформулировать ответ, играя «рациональную» роль, вы можете либо снова поменяться местами временно, либо остановить игру и обсудить возникший тупик. Как и с любой другой техникой модификации убеждений, вам нужно оценить эффективность проделанной работы и то, насколько убеждение пациента продолжает нуждаться в модификации. Для этого попросите пациента оценить силу его убеждения после вмешательства.

Многие пациенты считают такие ролевые игры очень полезными. Однако некоторые испытывают чувство неловкости. Как и в любой другой ситуации, вы принимаете решение совместно. Эта техника предполагает некоторый элемент спора, поэтому внимательно следите за невербальными реакциями пациента. Также следите за тем, чтобы пациенту не казалось, будто его критикуют или принижают, считая рациональную часть выше эмоциональной.

## Использование других людей в качестве ориентира при модификации убеждений

Когда пациенты оценивают убеждения *других* людей, им нередко удается взглянуть на собственные дисфункциональные убеждения со стороны. Они начинают видеть, что для себя выставляют одни стандарты, а для остальных — другие. Ниже приведены четыре примера того, как можно использовать других людей в качестве ориентиров, чтобы оценить убеждения со стороны.

### Пример 1

Т. Салли, на прошлой неделе вы упоминали, что ваша сестра Эмили иначе относится к идее о необходимости достигать высоких результатов.
П. Да.
Т. Попробуйте, пожалуйста, сформулировать, как звучит ее убеждение.

П. Она думает, что ей необязательно добиваться высоких результатов. Она остается нормальным человеком несмотря ни на что.
Т. Как думаете, она права? Что ей не нужно добиваться высоких результатов, чтобы оставаться нормальным человеком?
П. Конечно.
Т. А считаете ли вы ее ни к чему не способной?
П. Нет. У нее бывают не самые хорошие оценки, но у нее много других способностей.
Т. А могло бы убеждение Эмили относиться и к вам? «Даже если я не добиваюсь высоких результатов, я все равно нормальный, способный человек»?
П. Хмм...
Т. Есть ли в Эмили что-то особенное, что делает ее нормальной и способной несмотря на результаты, в отличие от вас?
П. (*Ненадолго задумывается.*) Нет, не думаю. Наверное, я просто никогда не рассуждала подобным образом.
Т. Насколько вы сейчас убеждены в мысли: «Если я не добиваюсь высоких результатов, значит, я неспособная»?
П. Уже меньше. Наверное, на 60 процентов.
Т. Хорошо. Тогда я предлагаю вам записать новое убеждение и начать составлять список доказательств в его пользу.

Здесь можно предложить пациенту бланк работы с глубинными убеждениями, описанный в главе 14, — его также можно использовать и для работы с промежуточными убеждениями.

## Пример 2

Помочь пациентам модифицировать промежуточные или глубинные убеждения можно, предложив им идентифицировать себя с человеком, у которого, по всей видимости, есть такое же дисфункциональное убеждение. Иногда пациентам удается увидеть искажения в чужом образе мыслей и переложить сделанные выводы на себя. Эта техника чем-то напоминает вопрос из бланка записи мыслей: «Если бы [имя друга] оказался в такой же ситуации и подумал бы то же самое, что бы я ему сказал?»

Т. Знаете ли вы человека, у которого есть такое же убеждение: «Если я не буду стараться изо всех сил, то потерплю неудачу»?
П. Я уверена, что моя школьная подруга Ребекка думает точно так же. Она постоянно занимается, днями напролет.

Т. Как думаете, насколько это убеждение верно для нее?
П. Вообще неверно. Она очень умная. Думаю, даже если бы она попыталась, ей не удалось бы провалить экзамен.
Т. А может ли быть, что она, как и вы, считает неудачей любую оценку ниже «отлично»?
П. Да, именно так она и думает.
Т. А можете ли вы согласиться с тем, что если она получит «хорошо» — это будет провал?
П. Нет, конечно нет.
Т. Как бы вы охарактеризовали такую ситуацию?
П. Это просто «хорошо». Нормальная оценка. Не самая лучшая, но это и не *неудача*.
Т. А как думаете, какое убеждение ей бы больше подошло?
П. Что, если хочешь получать одни «отлично», нужно прилагать усилия, но если что-то не получается — это не конец света. И это не неудача.
Т. А к вам все это относится?
П. Хм... наверное, вообще-то, и ко мне тоже.
Т. Можете сказать, что именно можно отнести и к вам?
П. Что если я не получаю «отлично», это еще не неудача. Хотя я все равно думаю, что мне нужно постоянно заниматься.
Т. Безусловно. В том, что вы хотите стараться и получать хорошие оценки, нет ничего неразумного. Неразумная часть вашего убеждения заключается в том, что вы считаете неудачей любой неидеальный результат. Вы с этим согласны?

## Пример 3

Вы также можете провести ролевую игру, в которой пациенту нужно будет убедить другого человека с таким же убеждением в том, что оно не соответствует реальности.

Т. Значит, Салли, вам кажется, что ваша соседка тоже считает, что, если она обратится к преподавателю за помощью, он может подумать, что она плохо подготовилась и недостаточно умная?
П. Да.
Т. Вы с ней согласны?
П. Нет. Скорее всего, она неправа. Даже если профессор критически настроен, это не значит, что он прав.
Т. Давайте разыграем ситуацию по ролям? Я буду вашей соседкой, а вы будете советовать мне. И постарайтесь отлавливать все искаженные мысли.

П. Хорошо.
Т. Я начну. Салли, я ничего не понимаю. Что мне делать?
П. Сходи к преподавателю.
Т. О нет, я не могу. Он подумает, что я тупая. Он не захочет тратить на меня время.
П. Эй, это ведь его работа — помогать студентам.
Т. Но ему наверняка не нравится, когда студенты его беспокоят.
П. Тем не менее именно за это ему платят. В любом случае хорошие преподаватели любят помогать студентам. Если ему не хватает на это терпения, — то это о нем говорит плохо, а не о тебе.
Т. Но даже если он будет не против помочь, он поймет, как сильно я запуталась.
П. Ну и что, это нормально. Он ведь не ждет, что ты будешь знать все. Ты ведь приходишь к нему, чтобы учиться.
Т. А вдруг он подумает, что я тупая?
П. Во-первых, если бы ты была тупой, ты бы не оказалась в этом колледже. Во-вторых, если он ждет, что ты будешь знать все на свете, он просто не прав. Если бы ты все знала, его курс тебе был бы ни к чему.
Т. Все равно мне кажется, что не стоит к нему ходить.
П. Нет, стоит. Не поддавайся его снобизму и не думай, что ты тупая. Это не так.
Т. Ладно, убедили. Давайте выйдем из ролей и подумаем, насколько слова, которые вы говорили соседке, можно отнести к вам?

## Пример 4

Наконец, многим пациентам удается взглянуть на убеждения со стороны, когда они в качестве ориентира опираются на своих детей, любых знакомых детей или просто представляют, что сказали бы собственному ребенку.

Т. Значит, Салли, вы на 80 процентов уверены, что, если не будете учиться так же хорошо, как все остальные, вы неудачница, правильно?
П. Да.
Т. Я предлагаю вам представить, что у вас есть дочь. Скажем, ей десять лет, она учится в пятом классе. И вот однажды она приходит домой очень расстроенная, потому что ее друзья получили за тест пятерки, а она — тройку. Вы бы хотели, чтобы она из-за этого считала себя неудачницей?
П. Конечно нет.
Т. А почему?.. Как бы вы хотели, чтобы она рассуждала? (*Салли отвечает.*) И насколько то, что вы сейчас сказали, относится к вам?

## Действовать «так, будто...»

Изменения в убеждениях часто приводят к изменениям поведения. А изменения поведения, в свою очередь, часто приводят к изменениям убеждений. Если убеждение довольно слабое, изменение целевого поведения может даться пациенту легко и быстро, без когнитивного вмешательства. Многие убеждения нужно модифицировать, и лишь после этого пациенту захочется менять поведение. Однако нередко требуется лишь *небольшая* модификация убеждений, а не полная их трансформация. И как только пациенты начинают менять поведение, убеждение автоматически ослабевает (благодаря этому продолжать вести себя по-новому становится легче, убеждение продолжает слабеть — и так далее, по позитивной восходящей спирали).

Т. Итак, Салли, насколько сейчас вы убеждены в том, что просить о помощи — значит проявлять слабость?
П. Не так сильно. Может быть, на 50 процентов.
Т. Это очень хороший результат. Как думаете, вам было бы полезно вести себя так, словно у вас нет этого убеждения?
П. Не совсем понимаю, что вы имеете в виду?
Т. Если бы вы не были убеждены, что это признак слабости, наоборот, если бы были убеждены, что просить о помощи *полезно,* что бы вы делали на следующей неделе?
П. Ну, мы говорили, что мне было бы неплохо обратиться к ассистенту преподавателя. Наверное, если бы я считала, что просить о помощи *полезно*, я бы пошла к нему.
Т. Что-нибудь еще?
П. Я бы попробовала найти репетитора по экономике... и попросила бы конспект у соседа...
Т. Отлично. А что хорошее могло бы произойти, если бы вы все это сделали?
П. (*Смеется.*) Я бы получила помощь, которая мне так нужна.
Т. А как думаете, вы готовы на этой неделе попробовать вести себя так, словно просить о помощи полезно?
П. Может быть.
Т. Хорошо. Буквально через минуту мы обсудим, что может вам в этом помешать. Но сначала давайте запишем ваши идеи. А еще, может быть, запишем эту технику? Чтобы вы смогли действовать так, будто уже убеждены в этой новой мысли, хотя пока это не совсем так.

Техника «так, будто...» применима в работе с глубинными убеждениями, равно как и другие описанные выше техники работы с промежуточными убеждениями.

## Использование самораскрытия для модификации убеждений

Адекватное и оправданное самораскрытие терапевта может помочь некоторым пациентам по-новому взглянуть на свои проблемы и убеждения. Конечно же, это самораскрытие должно быть искренним и использоваться к месту.

Т. Знаете, Салли, когда я сама училась в колледже, мне было трудно обращаться к преподавателям за помощью, потому что я тоже думала, что тем самым обнаружу свое невежество. И, честно говоря, когда пару раз мне все же пришлось это сделать, результаты получились странные. Иногда преподаватели были приветливы и с удовольствием помогали. Но пару раз они вели себя грубо, просто сказали перечитать главу или что-то такое. Однако важно вот что: даже когда я чего-то не понимала, это вовсе не значило, что я неспособная. А грубость преподавателей... ну, она больше говорила о них, чем обо мне (*пауза*). Как думаете?

*Резюме*. Вам нужно помочь пациентам ***выявить*** промежуточные убеждения: замечать, когда убеждение выражается в форме автоматической мысли; предлагать пациентам свои гипотезы; напрямую выявлять правила или отношения; использовать технику «падающей стрелы»; искать общие темы в автоматических мыслях пациентов и/или анализировать результаты заполнения опросников убеждений. Затем вам нужно ***оценить***, насколько важно то или иное убеждение для пациента — какова его сила и насколько широко оно влияет на его поведение. Затем вам нужно решить, когда приступить к ***модификации*** убеждения: на текущей сессии или позже. Начиная работу над модификацией убеждения, вам нужно ***ознакомить*** пациента с природой убеждений; ***перевести правила и отношения в форму допущений***; а также обсудить ***преимущества и недостатки*** данного убеждения. Для себя вам нужно сформулировать ***новое, более функциональное убеждение*** и вести пациента к его принятию с помощью ***техник модификации убеждений***, к которым относятся сократовский диалог, поведенческие эксперименты, когнитивный континуум, рационально-эмоциональные ролевые игры, использование других в качестве ориентиров, действия «так, будто» и самораскрытие. Некоторые из перечисленных техник оказываются эффективнее, чем стандартное сократовское обсуждение автоматических мыслей, потому что убеждения — это структуры более жесткие. Все эти техники можно также применять для модификации глубинных убеждений.

# Выявление и модификация глубинных убеждений

Как уже было описано в главе 3, глубинные убеждения — это основополагающие представления о себе. Некоторые авторы называют такие убеждения схемами. Бек (Beck, 1964) различает убеждения и схемы: по его мнению, схемы — это когнитивные структуры, содержанием которых являются глубинные убеждения. Он также разделяет негативные глубинные убеждения на две широкие категории: связанные с ощущением беспомощности и непривлекательности. Третья категория, связанная с ощущением бесполезности, была описана позже (J. S. Beck, 2005). У некоторых пациентов встречаются глубинные убеждения, относящиеся сразу к двум или трем категориям.

Эти убеждения возникают у людей в раннем возрасте, в детстве; на них влияет генетическая предрасположенность к определенным личностным чертам, взаимодействие со значимыми другими людьми и столкновения с определенными ситуациями. Значительную часть жизни большинство людей сохраняют довольно позитивные и реалистичные глубинные убеждения (например: «Обычно у меня все под контролем», «Я хорошо справляюсь с большинством задач», «Я толковый человек», «Я нравлюсь другим», «Я достойный»). Негативные глубинные убеждения выходят на поверхность только в периоды психологического дистресса. (Однако у некоторых пациентов с расстройствами личности негативные глубинные убеждения могут активироваться постоянно.) Глубинные убеждения, которым пациенты полностью доверяют, в отличие от автоматических мыслей, обычно никогда не выражаются полностью — до тех пор, пока терапевт не снимет с них «защитные слои», с помощью вопросов, раскрывающих истинное значение мыслей пациента.

Важно отметить, что у пациентов также встречаются негативные глубинные убеждения о других людях и мире: «Другим нельзя доверять», «Мне

обязательно сделают больно», «Мир прогнил», «Мир опасен». Жесткие, сверхобобщающие идеи вроде этих, как правило, нужно оценивать и модифицировать вместе с глубинными убеждениями о себе.

До того как у Салли развилась депрессия, она осознавала, что в целом достаточно компетентна, и объясняла признаки возможной некомпетентности конкретными ситуациями. Например, получив за доклад оценку ниже той, на которую рассчитывала, Салли думала, что плохо подготовилась, но не делала выводов об общей личностной некомпетентности.

Когда депрессия усугубилась, позитивная схема Салли деактивировалась, а негативная схема с убеждением «Я неудачница» активировалась почти полностью. На с. 54 показано, как Салли начала уделять большое внимание негативной информации и слишком ее обобщать, постоянно придерживалась негативной точки зрения и подкрепляла собственное убеждение в некомпетентности. В то же время Салли игнорировала позитивную информацию (например, что она продолжала заниматься повседневными делами, несмотря на депрессию): эти позитивные треугольники «отскакивали» от схемы, не вписывались в нее. Салли также не принимала в расчет различную положительную информацию, потому что интерпретировала переживаемый опыт с позиции «Да, но...» («Да, я хорошо справилась с тестом, но он был легким»; «Да, я как репетитор помогла этому ребенку, но мне просто повезло, потому что я абсолютно не знала, что делаю»). По сути, она превращала позитивные треугольники в негативные прямоугольники.

Салли неосознанно интерпретировала информацию таким дисфункциональным способом. Такой подход к переработке информации является автоматическим и симптомом депрессии. Я поняла, что работа с ее негативным глубинным убеждением будет крайне важна не только для устранения ее текущей депрессии, но и для предотвращения рецидивов или как минимум снижения тяжести будущих эпизодов.

Например, однажды, когда депрессивный эпизод уже начался, Салли получила «хорошо» за экзамен и тут же интерпретировала эту информацию как признак собственной личностной несостоятельности. Когда на следующий день она получила «отлично» за доклад, она автоматически пренебрегла этой позитивной информацией, которая противоречила ее негативному глубинному убеждению. Салли была уверена, что хорошая оценка не доказывает ее способностей; на самом деле, она считала себя неудачницей, которой посчастливилось «обмануть» профессора. Салли игнорировала и другую позитивную информацию: например, то, что она никогда не опаздывала на занятия. (Обратите внимание: если бы она опаздывала на занятия или вовсе их пропускала, она бы обязательно интерпретировала это в негативном свете, как доказательство для своего глубинного убеждения.)

Начинать работу по модификации убеждений нужно как можно раньше. Как только убеждения пациентов изменятся, значительно снизится вероятность того, что они будут дезадаптивно обрабатывать информацию. В конкретных ситуациях у них станут появляться другие (более адаптивные и реалистичные) автоматические мысли и улучшенные реакции. Однако модификация убеждений на ранних этапах терапии может не принести успеха, если пациенты:

- сформировали жесткие и сверхобобщенные глубинные убеждения;
- не верят, что когниции — это всего лишь идеи, которые не обязательно являются правдой;
- переживают очень сильный аффект в процессе выявления или оспаривания глубинных убеждений;
- не сформировали с вами сильный терапевтический союз (возможно, они недостаточно вам доверяют; не верят, что вы на самом деле их понимаете).

В таком случае вам нужно научить пациентов выявлять, оценивать автоматические мысли и промежуточные убеждения и адаптивно на них реагировать, и лишь затем переходить к применению тех же инструментов для модификации глубинных убеждений.

Сами того не замечая, вы можете попытаться оценить глубинное убеждение уже на ранних этапах терапии, например, если пациент выразит его в форме автоматической мысли. Обычно такие оценки малоэффективны. Кроме того, вы можете целенаправленно протестировать, насколько модифицируемо данное глубинное убеждение — еще до того, как были успешно проработаны уровни автоматических мыслей и промежуточных убеждений.

Степень сложности выявления и модификации глубинных убеждений варьирует в зависимости от пациента к пациенту. В целом пациентам, которые находятся в эмоциональном дистрессе, выражать глубинные убеждения проще (ведь их убеждения активны прямо на сессии). Кроме того, намного проще модифицировать негативные глубинные убеждения у пациентов с заболеваниями оси I, которые на момент обращения к терапевту большую часть жизни руководствовались позитивными убеждениями. Негативные глубинные убеждения пациентов с расстройствами личности обычно модифицировать намного сложнее (J. S. Beck, 2005; Beck et al., 2004; Young, 1999), потому что у них меньше позитивных убеждений, а те, которые имеются,

в целом слабее. Кроме того, у них развиваются сильные негативные убеждения, которые поддерживают друг друга через сеть взаимосвязей.

В процессе выявления и модификации глубинных убеждений вам нужно сделать следующее (каждый шаг мы разберем в этой главе подробнее).

1. Предположить, в рамках какой категории глубинных убеждений («беспомощность», «недостойность любви», «никчемность») возникла та или иная автоматическая мысль (см. рис. 14.1).
2. Определить глубинное убеждение (для себя), используя те же техники, что вы применяете для выявления промежуточных убеждений пациентов.
3. Рассказать пациенту о своих предположениях касательно его глубинных убеждений, предложить ему подтвердить эти предположения или опровергнуть; совершенствовать свою гипотезу по мере сбора дополнительной информации о текущих или детских ситуациях и реакциях пациента на них.
4. Просвещать пациента в отношении природы глубинных убеждений в целом и происхождения его индивидуальных убеждений; направлять его в процессе отслеживания активности глубинных убеждений в настоящем.
5. Помогать пациенту формулировать и укреплять новое, более адаптивное глубинное убеждение.
6. Начать оценивать и модифицировать негативное глубинное убеждение вместе с пациентом; исследовать детские корни убеждения (если нужно), его развитие с годами и его влияние на текущие трудности пациента; продолжать отслеживать активацию глубинного убеждения в настоящем; использовать одновременно «интеллектуальные», «эмоциональные» и экспериментальные методы для ослабления старого глубинного убеждения и усиления нового.

## Категоризация глубинных убеждений

Выше мы уже упоминали, что глубинные убеждения пациента можно отнести к категориям беспомощности, непривлекательности и/или никчемности. Когда пациенты представляют новые данные (рассказывают о проблемах, автоматических мыслях, эмоциях, поведении или событиях прошлого), постарайтесь понять, какая категория глубинных убеждений в связи с этим активируется. Например, когда Салли высказывала мысли о том, что ее ра-

бота слишком сложная, что она не может сконцентрироваться и боится не справиться, я предполагала, что активизировалось ее глубинное убеждение из категории беспомощности. Иногда Салли упоминала автоматические мысли о том, что друзья не захотят проводить с ней время, потому что она находится в депрессии. Когда я применила технику «падающей стрелы», пытаясь выяснить, что это значит для нее, Салли пожала плечами и без особенных эмоций сказала: «Мне просто не с кем будет проводить время». Поэтому я сделала вывод, что у Салли не было особенно важных убеждений, связанных с непривлекательностью.

Еще один пациент постоянно выражал мысли, что окружающим нет до него дела, и боялся, что слишком отличается от других людей и не может поддерживать нормальные отношения. У этого пациента было глубинное убеждение, связанное с непривлекательностью. Еще одну пациентку смущало, что люди никогда ее не слушают. Хотя дистресс возникал только в ситуациях, связанных со взаимодействием, она не думала, что непривлекательна для других. У нее активировалось глубинное убеждение, связанное с беспомощностью. Наконец, еще один пациент считал себя недостойным человеком — но не потому, что ничего не достиг (убеждение в беспомощности), и не из-за неудачных отношений (которые могли бы относиться к сфере непривлекательности). Он считал себя плохим человеком с моральной точки зрения (убеждение в никчемности).

В верхней части рис. 14.1 перечислены типичные глубинные убеждения, относящиеся к категории беспомощности. К ним относятся различные мысли о неэффективности:

- при доведении дела до конца («Я не справляюсь», «Я неспособный», «Я ничего не могу сделать толково»);
- при самозащите («Я уязвимый, слабый, беспомощный, я в ловушке»);
- при достижении поставленных целей («Я неудачник, я недотягиваю, я ни на что не гожусь»).

В средней части рис. 14.1 перечислены типичные глубинные убеждения, относящиеся к категории непривлекательности. Это мысли о собственной непривлекательности, нежелательности, неприятности или неполноценности в глазах окружающих (не в отношении достижений или моральных качеств, а с точки зрения характера, который не дает получить от других любовь и заботу). В нижней части рис. 14.1 перечислены глубинные убеждения, относящиеся к никчемности. Когда у пациентов есть подобные убеждения, они не думают о своей эффективности или о том, что не получают достаточно любви. Они просто уверены, что являются плохими, недостойными, а порой даже опасными для других.

**Глубинные убеждения о беспомощности**

«Я неспособный».
«Я неэффективен».
«Я ничего не могу сделать правильно».
«Я беспомощен».
«Я бессилен».
«Я слаб».
«Я уязвим».
«Я жертва».
«Я живу в нужде».
«Я попал в ловушку».
«Я не контролирую ситуацию».
«Я неудачник».
«Я неполноценный» [например, недотягиваю до остальных].
«Я недостаточно хорош» [с точки зрения достижений].
«Я ни на что не гожусь».

**Глубинные убеждения о непривлекательности**

«Меня невозможно любить».
«Я не могу никому нравиться».
«Я неприятен другим».
«Я непривлекательный».
«Меня не хотят видеть».
«До меня никому нет дела».
«Я не такой, как остальные».
«Я плохой [поэтому меня не любят]».
«Я неполноценный [поэтому меня не любят]».
«Я недостаточно хорош [чтобы другие меня любили]».
«Меня всегда будут отвергать».
«Меня всегда будут бросать».
«Я всегда буду один».

**Глубинные убеждения о никчемности**

«Я никчемный».
«Я невыносимый».
«Я плохой».
«Я зря живу».
«Я аморален».
«Я опасен».
«Я отравляю другим жизнь».
«Я воплощение зла».
«Я не заслуживаю того, чтобы жить».

**Рис. 14.1.** Категории глубинных убеждений. Адаптировано из книги «Когнитивная терапия для решения проблем: что делать, когда основные методы не работают» (Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work). Copyright 2005, Judith S. Beck. New York: Guilford Press

Иногда сразу понятно, к какой категории относится глубинное убеждение, особенно если сами пациенты используют при его формулировке вроде «Я совершенно беспомощен» или «Я непривлекательный». В других случаях вы можете изначально не знать, убеждение из какой категории активизировалось в данный момент. Например, находящийся в депрессии пациент может сказать: «Я недостаточно хорош для этого». Вам нужно выявить значение этой когниции и определить, в чем именно заключается убеждение пациента: что он недостаточно хорош, чтобы заслужить уважение (категория беспомощности), или что он недостаточно хорош, чтобы его любили другие (категория непривлекательности).

*Резюме.* Начните формулировать для себя предположения о глубинных убеждениях пациента и дополняйте их каждый раз, когда он будет представлять информацию о своих автоматических мыслях (и их значении) и реакциях (эмоциях и поведении). Для начала вам нужно в целом определить (для себя), к каким категориям относятся когниции — связаны ли они с беспомощностью, непривлекательностью или никчемностью.

## Выявление глубинных убеждений

Глубинные убеждения пациента выявляются с помощью тех же техник, которые используются в работе с промежуточными убеждениями (см. главу 13). Помимо техники *падающей стрелы* вы можете искать *основные для автоматических мыслей пациента темы*, выявлять *глубинные убеждения, выраженные в форме автоматических мыслей,* а также определять глубинные убеждения *напрямую*.

Выявлять глубинное убеждение желательно уже на ранних этапах терапии: это позволит сформулировать концептуализацию и спланировать лечение. Вы можете начинать сбор информации о глубинных убеждениях и даже пытаться помочь пациентам оценить их на ранних этапах терапии. В некоторых случаях такая ранняя оценка не будет эффективной, однако она поможет вам оценить силу, распространенность и модифицируемость глубинного убеждения.

Т. О чем вы подумали, когда не смогли выполнить задание по статистике?

П. Что я ничего не могу сделать правильно. И не смогу окончить колледж.

Т. (*Техника падающей стрелы.*) А если ваши опасения, что вы ничего не можете сделать правильно и не сможете окончить колледж, оправдаются — что это будет для вас значить?

П. (*Глубинное убеждение.*) Что я безнадежна. Я неспособная.

Т. Как сильно вы убеждены в своей неспособности?
П. О, на сто процентов.
Т. А насколько вы неспособны: немного или сильно?
П. Полностью. Я вообще неспособная.
Т. Во всех отношениях?
П. Почти.
Т. Есть ли какие-нибудь доказательства обратного?
П. Нет... Нет, я так не думаю.
Т. Разве вы не говорили, что нормально успеваете по другим предметам?
П. Да, но не так хорошо, как могла бы.
Т. Противоречит ли тот факт, что вы справляетесь с этими предметами, идее о неспособности?
П. Нет, ведь если бы я была способной, я добилась бы лучших результатов.
Т. А как насчет других сфер жизни — например, того, что вы заботитесь о себе, о своем жилье, о финансах?..
П. Со всем этим я тоже плохо справляюсь.
Т. То есть представление о своей неспособности распространяется не только на учебу?
П. Да почти на все.
Т. Хорошо, я вижу, как сильно вы в этом убеждены. Давайте вернемся к ситуации, когда вы не справились с заданием по статистике и подумали: «Я ничего не могу сделать правильно. И не смогу окончить колледж».

В данном примере я использовала технику падающей стрелы для выявления идеи, которую я концептуализирую как глубинное убеждение. Я мягко проверила его силу, распространенность и изменяемость и решила пока не продолжать процедуру оценки. Однако я подчеркнула, что это лишь «идея» (то есть она необязательно описывает факты), и пометила ее как потенциальную тему для будущего обсуждения.

## Представление глубинных убеждений пациентам

Если вы уверены, что собрали достаточное количество информации и уже можете предположить, какое глубинное убеждение есть у пациента, а также если вы уверены, что пациент готов узнать эту информацию, — можно представить ему предварительную концептуализацию, как показано в приведенном ниже примере.

Т. Салли, за прошедшие недели мы уже успели обсудить ряд проблем — с вашими домашними заданиями, решением о том, как провести лето,

бесплатном репетиторстве. Каждый раз, когда мы оцениваем ваши мысли и выясняем, что они значат лично для вас, оказывается, что вы считаете себя неспособной... Ведь так?

П. Да. Я все еще уверена, что я неспособная.

Вы также можете вместе с пациентом рассмотреть ряд относящихся к убеждению автоматических мыслей, которые возникали у него в разнообразных ситуациях, а затем предложить ему подумать, какой паттерн скрывается за ними («Салли, вы видите, что есть общего у этих автоматических мыслей?»).

С некоторыми пациентами имеет смысл уже на ранних этапах лечения нарисовать диаграмму от руки — упрощенную версию диаграммы когнитивной концептуализации (см. с. 228). В ходе заполнения диаграммы или независимо от нее вы можете кратко обозначить детские предпосылки возникновения проблемы.

Т. Испытывали ли вы аналогичное ощущение некомпетентности когда-либо раньше? Например, в детстве?

П. Да, иногда. Я помню, например, что у меня не получалось то, что легко давалось брату.

Т. Можете привести пример?

Позже вы сможете использовать информацию о прошлом, когда будете выдвигать гипотезы о том, почему у пациента сформировалось именно такое глубинное убеждение, и объяснять, почему оно может не отражать реальность или отражать ее лишь частично, хотя пациент убежден в его достоверности.

## Информирование пациентов о природе глубинных убеждений и отслеживание их действия

Важно, чтобы пациенты усвоили следующую информацию о глубинных убеждениях.

- **Любое убеждение — это лишь идея, которая вовсе не обязательно верна.**
- **Пациент может быть убежден в этой идее, даже «чувствовать», что это так, и тем не менее идея все равно может быть во многом или полностью неверна.**

- **Любое убеждение — это лишь идея, которую можно проверить.**
- **Эта идея возникла из детских переживаний; она вовсе не обязательно была верна даже в первый раз, когда пациент в нее поверил.**
- **Действие схем пациента укрепляет эту идею: постоянно собираются данные, которые поддерживают глубинное убеждение, и игнорируется или обесценивается противоречащая информация.**
- **Работая вместе с вами, пациент со временем научится применять различные стратегии, с помощью которых изменит эту идею, и научится видеть себя в более реалистичном свете.**

Ниже приведена стенограмма беседы, в которой я рассказываю Салли о ее глубинных убеждениях. (Незадолго до того она согласилась с предложенной мною концептуализацией.)

Т. Салли, а это [автоматическая мысль о том, что она не сможет написать доклад по экономике] ничего вам не напоминает? Как думаете, может быть, вам мешает идея о том, что вы неспособная?

П. Да. Мне кажется, что я ни на что не способна.

Т. Салли, значит, есть два варианта объяснения происходящего. Либо вы *действительно* ни к чему не способны, и тогда нам нужно поработать над тем, чтобы вы научились делать то, чего пока не умеете... либо же дело в том, что вы *убеждены* в своей неспособности, причем иногда так сильно, что *действуете* в соответствии с этим убеждением — например, не идете в библиотеку и не пытаетесь искать информацию для доклада (*пауза*). Что вы думаете об этом?

П. Не знаю.

Т. Может быть, запишем эти два возможных объяснения? Если вы не против, мне хотелось бы, чтобы вы начали проверять, какой из этих вариантов наиболее вероятен: что вы *действительно* неспособны или что вы *убеждены* в том, что неспособны.

Затем я рассказала Салли подробнее о природе глубинных убеждений, предлагая информацию в небольшом объеме и постоянно проверяя, все ли ей понятно.

Т. «Я неспособная» — это идея, которую можно назвать глубинным убеждением. Сейчас я расскажу немного о глубинных убеждениях, чтобы

вы понимали, почему их сложнее оценивать и почему на них сложнее реагировать. Хорошо?

П. Ладно.

Т. Во-первых, глубинное убеждение — это идея, в которой вы, возможно, не так уж сильно убеждены, когда у вас нет депрессии. С другой стороны, когда вы находитесь в депрессии, это убеждение проявляется, несмотря на наличие фактов, свидетельствующих о его ошибочности (*пауза*). Пока все понятно?

П. Да.

Т. Когда вы в депрессии, эта идея активируется. Когда она активируется, вы легко замечаете любые доказательства, которые ее подтверждают, и игнорируете факты, которые ей противоречат. Как будто вокруг вашей головы появляется отражающий экран. Все, что согласуется с представлением о неспособности, проходит через экран и попадает в голову. А любая информация, которая ему противоречит, через экран не проходит — и вы либо ее не замечаете, либо видоизменяете таким образом, чтобы она все-таки прошла. Как думаете, возможно ли, что вы таким образом фильтруете информацию?

П. Не знаю.

Т. Давайте посмотрим. Вспоминая последние недели, какие вы видите доказательства того, что вы *можете* быть способной?

П. Ну, я получила «отлично» за экзамен по статистике.

Т. Замечательно! И этот факт прошел через «экран»? Сказали ли вы себе: «О, я получила "отлично". Значит, я умная и способная» или «Я хорошая студентка»? Что-то подобное?

П. Нет. Я сказала себе: «Это был простой экзамен. Многое я помнила еще с прошлого года».

Т. Ага, то есть экран *действительно* сработал. Видите, как вы обесцениваете информацию, которая противоречит глубинному убеждению «Я неспособная»?

П. Хм...

Т. Было ли что-нибудь подобное на прошлой неделе? Ситуации, в которых логично мыслящий человек подумал бы, что он вполне способный? Даже если вы сами рассуждали по-другому?

П. (*Ненадолго задумывается.*) Ну, я помогла своей соседке по комнате понять, как решить проблему с отцом. Но это не считается; то же самое сделал бы на моем месте любой.

Т. Отличный пример. Опять же, звучит все так, будто вы отвергаете информацию, которая не согласуется с идеей «Я неспособная». Сейчас я прошу

вас подумать, действительно ли *любой* сделал бы на вашем месте то же самое. Может быть, это еще один пример того, как вы недооцениваете себя в ситуациях, которые другой человек расценил бы как доказательство *против* идеи о неспособности?

П. Ну, моя соседка думала, что я ей очень помогла.

Т. Хорошо. Давайте обобщим: «Я неспособная» — это, судя по всему, глубинное убеждение, с которым вы живете уже давно и которое сильно проявляется, когда вы находитесь в депрессии. Можете ли вы своими словами описать, как оно работает?

П. Ну, вы говорите, что, когда я в депрессии, я ищу информацию, которая подтверждает его, и игнорирую информацию, которая его не подтверждает.

Т. Все верно. Тогда предлагаю вам в качестве домашнего задания на этой неделе постараться каждый день замечать, как работает этот «экран»: записывать информацию, которая вроде бы подтверждает идею о неспособности. И еще одно задание, более сложное. Вам нужно искать и обязательно записывать информацию, которая, по мнению, например, другого человека могла бы эту идею опровергнуть. Хорошо?

На следующей сессии я объяснила, почему глубинное убеждение Салли так сильно и почему оно тем не менее может не соответствовать действительности.

Т. Итак, на этой неделе вы отлично справились с заданием: обнаружить за собой склонность замечать только негативную информацию, поддерживающую идею о неспособности. Как мы и ожидали, намного сложнее оказалось находить позитивную информацию, которая этой идее противоречит.

П. Да. Это у меня не очень хорошо получилось.

Т. И из-за этого вы считаете себя неспособной?

П. (*Смеется.*) Да, похоже на то.

Т. Получается, экран работает прямо сейчас? Вы сделали упор на части задания, которую выполнили не слишком хорошо, и забыли о части, которую выполнили хорошо?

П. Видимо, да.

Т. Как думаете, как этот экран влияет на вашу жизнь?

П. Он не дает мне видеть хорошее.

Т. Верно. И день за днем что происходит с вашей идеей «Я неспособная»?

П. Она укрепляется.

Т. Правильно. Укрепляется до такой степени, что вы начинаете «чувствовать», что это правда, даже если это совсем не так.

П. Хммм.
Т. Понимаете, почему идея о вашей неспособности может быть неправильной, даже если ощущается как правильная?
П. Ну, умом я это понимаю, но все равно чувствую, что я неспособная.
Т. Такое часто случается. В ближайшие несколько недель мы будем оценивать эту идею. И будем вместе стараться помочь рациональной, разумной части вас наладить диалог с эмоциональной частью. Хорошо?
П. Да.

Или же я могла бы нарисовать схему, изображенную на с. 54, которая помогла бы мне выявить те же позитивные и негативные факты, и спросить Салли, насколько точно рисунок отражает то, как она обрабатывает информацию. Затем я бы спросила: «Салли, поскольку оказалось, что вы действительно слишком много внимания уделяли негативной информации и игнорировали или обесценивали позитивную информацию, видите ли вы теперь, как ваша идея о неспособности крепла с каждым часом, с каждым днем, каждой неделей и месяцем — и тем не менее была неверной полностью или частично?»

Важную работу с глубинными убеждениями может подкрепить библиотерапия. Книги «Пленники убеждений» (Prisoners of Belief; McKay & Fanning, 1991) и «Воссоздавая собственную жизнь» (Reinventing Your Life; Young & Klosko, 1994) особенно полезны на этом этапе лечения.

## Создание нового глубинного убеждения

Многим пациентам с депрессией ранее было свойственно другое глубинное убеждение — более позитивное, реальное и функциональное представление о себе до того, как у них развилось расстройство оси I. Это убеждение несложно выявить.

Т. До того как у вас началась депрессия, — скажем, год назад, — как вы к себе относились? Считали ли вы, что не можете никому понравиться?
П. Нет. В смысле, я нравилась не всем, но считала себя хорошим человеком. Я нравилась людям.
Т. То есть у вас было убеждение «Я нравлюсь людям»?
П. Да, было.

Если у пациента не получается выразить прошлую идею, вам нужно самим сформулировать новое, более реалистичное и функциональное убеждение

и затем подвести к нему пациента. Относительно положительное убеждение пациентам обычно проще принять, чем крайне положительное.

Например:

| **Старое глубинное убеждение** | **Новое глубинное убеждение** |
|---|---|
| «Я (совершенно) непривлекательный». | «В целом я привлекательный». |
| «Я плохой». | «Я нормальный». |
| «Я слабый». | «Я многое могу контролировать». |
| «Я неполноценный». | «Я нормальный, у меня есть сильные и слабые стороны». |

Т. Салли, мы говорили о вашем глубинном убеждении «Я неспособная». Если подумать, как могло бы звучать более правильное убеждение?

П. Что я способная?

Т. Хорошо. Попробуем сформулировать его таким образом, чтобы вам было проще его принять. Например: «В большинстве случаев я способная, но ведь я только человек». Какое убеждение вам больше нравится?

П. Второе.

Одновременно с выявлением негативного глубинного убеждения и формулировкой позитивного можно вести работу по ослаблению первого и укреплению последнего.

## Укрепление нового глубинного убеждения

Укреплять новые глубинные убеждения можно двумя способами. Во-первых, с самого начала лечения, как уже было описано на с. 46–47, вы с помощью наводящих вопросов будете подталкивать пациентов к проговариванию положительной информации. Вы также будете указывать им на позитивную информацию, особенно такую, которая противоречит прежним негативным убеждениям и поддерживает новые, более реалистичные. Во-вторых, при работе над укреплением новых глубинных убеждений вам нужно будет просить пациентов оценивать свой опыт по-новому, чтобы они развивали способность самостоятельно замечать позитивную информацию.

С Салли я выявляла позитивную информацию и обращала на нее внимание несколькими способами. Например:

- На оценочной сессия я спросила, каковы ее сильные стороны.
- Затем, когда это было уместно, я спрашивала, может ли определенная информация указывать на ее сильные стороны («Значит, вы смогли все это сделать: написали список заданий на неделю, распределили время и обдумали, какие вам потребуются ресурсы. Как думаете, можно ли сказать, что вы организованный человек?»).
- В первой части сессии я всегда спрашивала Салли о положительных переживаниях («Что хорошего случилось со дня нашей последней встречи?»). Когда Салли дописывала доклад, неплохо справлялась с экзаменом, проявляла ассертивность в отношениях с соседкой, решала, на какие занятия записаться, регистрировалась на секцию по самозащите и т. п. — я каждый раз делала акцент на информации, которая поддерживала ее новое глубинное убеждение.
- Я предложила Салли вести список достижений (с. 306).
- Я постоянно просила ее приводить (положительные) доказательства того, что ее когниции неверны или верны лишь частично.
- Я спрашивала ее об атрибуции, когда она демонстрировала положительное поведение («Что о вас говорит тот факт, что *вы* вызвались вести проект по переработке мусора?»).
- Я давала ей обратную связь по поводу ее достижений и положительных качеств («Судя по всему, вы отлично справились с организацией встречи в общежитии»).

Вторая стратегия заключается в том, чтобы помочь пациентам начать по-другому относиться к переживаемому опыту. Так, вы можете спросить, что они могут сделать сами или что может случиться, чтобы укрепилось их новое убеждение («Салли, могли бы вы на будущей неделе отслеживать все доказательства того, что вы способная?»). Если пациентам трудно справиться с этим заданием, можно его изменить («Салли, попробуйте на следующей неделе представить, будто я все время рядом. Отмечайте все моменты, когда *я* бы сказала: “Это доказывает, что вы способная”. Или же вы могли бы отмечать все действия соседки, которые доказывают, что она способная, — и думать, можно ли аналогичным образом оценить вас»).

Большинству пациентов нужны видео- или аудионапоминания — иначе они будут забывать про поиски позитивной информации. Например, можно предложить им надеть на запястье специальный резиновый браслет, клеить записки-напоминания, настроить всплывающие окна в компьютере и смартфоне или поставить на телефоне будильник. Предлагайте пациентам

в какой-либо форме записывать собранную информацию, а не просто ее запоминать. Бланк для работы с глубинными убеждениями (см. рис. 14.3) поможет структурировать этот процесс.

Наконец, важно вместе с пациентами отслеживать степень нового убеждения: как она изменяется со временем на интеллектуальном и эмоциональном уровнях. Вам нужно выявить условия, в которых новое убеждение сильно активизируется, чтобы подкрепить нужную интерпретацию, а также помогать пациентам переформулировать переживания, в которых новое убеждение проявляется слабо.

## Модификация негативных глубинных убеждений

Чтобы помочь пациентам изменить негативные глубинные убеждения, вы можете воспользоваться многочисленными техниками, описанными в предыдущих главах, а также другими, которые будут описаны далее (рис. 14.2). Как правило, начинать изменять глубинные убеждения нужно с их интеллектуального уровня, особенно если вы уже применяли интеллектуальные техники. Для проработки глубинных убеждений на эмоциональном уровне понадобятся эмоциональные техники.

| **Уже описанные** | **Дополнительные техники** |
|---|---|
| Сократовский диалог | Бланк работы с глубинными убеждениями |
| Анализ преимуществ и недостатков | Экстремальные контрасты |
| Рационально-эмотивные ролевые игры | Истории и метафоры |
| Действия «как если бы...» | Исследование истории убеждения |
| Поведенческие эксперименты | Реструктурирование ранних воспоминаний |
| Когнитивный континуум | Копинг-карточки |
| Самораскрытие терапевта | |

**Рис. 14.2.** Техники модификации глубинных убеждений

## Бланк работы с глубинными убеждениями

После того как вы выявите прежнее глубинное убеждение и сформулируете новое, вы можете предложить пациенту заполнить бланк работы с глубинными убеждениями (см. рис. 14.3) или нарисовать измененный график.

Пациенты могут заполнять бланк как на сессии, так и в качестве домашнего задания, отслеживая то, как действует убеждение, и переформулируя доказательства, которые, как раньше казалось, поддерживают старые убеждения.

Т. Салли, хочу показать вам бланк, который поможет нам организовать работу над вашими глубинными убеждениями. Я предлагаю держать его перед собой во время сессий и проверять, является ли обсуждаемая на данный момент тема актуальной.

П. Хорошо.

Т. Чтобы научиться заполнять этот бланк, потребуется время, точно так же как с бланком записи мыслей.

П. Понятно.

Т. Вот и хорошо. Предлагаю начать с правой стороны и перечислить факты, доказывающие, что вы неспособная.

П. Ладно.

Т. Хорошо, тогда подумайте о том, чем вы занимались *сегодня*. Какие доказательства того, что вы неспособная, появились сегодня?

П. Ну, я не поняла кое-что на занятии по экономике.

Т. Хорошо, запишите это справа, а затем рядом припишите «*НО*» прописными буквами. Давайте подумаем: можно ли *иначе* это объяснить, а не вашей неспособностью?

П. Преподаватель начала новую тему. В лекциях этого еще не было.

Т. Отлично. Может ли быть так, что вы все поймете после того, как преподаватель объяснит тему еще раз, или вы прочитаете о ней раздел в учебнике, или попросите кого-нибудь объяснить вам материал?

П. Наверное.

Т. Тогда рядом с «*НО*» запишите, какое альтернативное объяснение можно дать этой ситуации. Какое, например?

П. Наверное, я могу написать «я ничего об этом раньше не читала и, скорее всего, со временем во всем разберусь».

Т. Хорошо, давайте так и запишем... А теперь попробуйте сделать альтернативное объяснение еще убедительнее. Согласны ли вы, что в худшем случае непонимание теории говорит о неспособности человека, скажем, к экономике — но никак не о его неспособности в целом?

П. Да, это верно.

Т. Можно ли предположить, что ситуация указывает на некомпетентность *профессора*: если бы она объяснила лучше, вы бы поняли материал?

П. Возможно.

| **Доказательства, поддерживающие новое глубинное убеждение**<br>**Я способная, но я всего лишь человек** | **Доказательства, поддерживающие прежнее глубинное убеждение**<br>**Я неспособная (с рефреймингом)** |
|---|---|
| Хорошо написала доклад по литературе.<br>Задала вопрос на занятии по статистике.<br>Поняла, как заполнять этот бланк.<br>Приняла необходимые решения по поводу будущего года.<br>Организовала смену телефона, банковского счета, страховки и т. п.<br>Собрала все источники, нужные для доклада по экономике.<br>Поняла большую часть 6-й главы в книге по статистике.<br>Объяснила статистическую концепцию соседу. | Не поняла экономическую концепцию на занятии, *НО* я ничего о ней не читала и, скорее всего, со временем во всем разберусь. В худшем случае я окажусь неспособной *к экономике*. Однако вполне может быть, что преподаватель просто плохо объяснила.<br>Не пошла к ассистенту преподавателя за помощью, *НО* это не значит, что я неспособная. Я нервничала, так как считала, что во всем должна была разобраться сама, и боялась, что он подумает, будто я плохо подготовилась.<br>Получила «хорошо» за доклад по литературе, *НО* это нормальная оценка. Если бы я и правда была неспособной, я бы даже не поступила в этот колледж. |

**Рис. 14.3.** Бланк работы с глубинными убеждениями Салли. Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

Т. Давайте подумаем: может быть, стоит еще что-нибудь записать?.. Если нет, переходим к левой части таблицы. Какие доказательства вашей *компетентности* в разных сферах вы можете вспомнить за *сегодня*? Предупреждаю, их бывает нелегко найти, если ваш «экран» сейчас работает.

П. Ну, я поработала над докладом по литературе.

Т. Хорошо. Запишите. Что еще?

П. Я задала вопрос на занятии по статистике.

Т. Правда? Молодец. Что еще?

П. (*Не отвечает.*)

Т. Может быть, тот факт, что вы разобрались с этим бланком?

П. Наверное.

Т. Хорошо. Тогда в качестве домашнего задания предлагаю заполнять этот бланк каждый день. Вы поняли, что начинать лучше с правой части, а вторую, левую, заполнять будет тяжелее?

П. Ага.

Т. Делайте то, что получается. Возможно, в следующий раз нам придется вместе подумать над другими формулировками и поискать положительные примеры. Я дам вам один совет. Если возникнут трудности при заполнении бланка, представьте себе, что кто-то другой, например ваша соседка, сделал ровно то же самое, что и вы, и подумайте, как бы вы оценили действия этого человека. Хорошо?

П. Конечно.

Т. Как вы думаете, может ли что-то помешать вам выполнить это упражнение сегодня?

П. Нет, я попробую.

Т. Хорошо.

Если бы во время сессии выяснилось, что Салли сложно вычленить позитивную информацию, я бы перенесла это домашнее задание на более поздний срок. Сначала я бы попробовала применить другие техники, чтобы Салли научилась находить информацию для заполнения левой части таблицы. Например, я могла бы использовать технику контраста.

Т. Как насчет того, что вы смогли продраться через тернии системы здравоохранения, чтобы вас направили к правильному специалисту? Не достоин ли этот поступок записи в левый столбец?

П. Не знаю. Я так разозлилась, что это было легко.

Т. Погодите. Если бы вы *не* отстояли свои интересы, попала бы эта ситуация в правый столбец, в список доказательств вашей неспособности?

П. Вероятно.

Т. Тогда рассуждайте следующим образом: все, за что вы бы раскритиковали себя, если бы *не* сделали этого, достойно попадания в левый столбец.

Научить пациентов выявлять положительную информацию для левой части бланка можно с помощью следующих вопросов.

1. Предложите им подумать о том, какую информацию они восприняли бы как положительную, если бы она относилась к кому-то другому: «Салли, вспомните, пожалуйста, человека, которого считаете способным. Кто бы это мог быть? Что вы сделали сегодня, что доказывало бы способности этого человека, если бы это сделал он?»
2. Предложите вспомнить другого человека, который мог бы сказать о пациенте что-нибудь положительное: «Салли, вспомните человека, который хорошо вас знает и мнению которого вы доверяете.

Если бы этого человека попросили перечислить ваши поступки за сегодня, доказывающие ваши способности, что бы он назвал?»

3. Чтобы помочь пациентам осознать, что они обесценивают положительные доказательства, предложите им смоделировать ту же ситуацию в *негативном* ключе: «Салли, вы не считаете, что подготовка доклада доказывает, что вы способная. Но разве *действительно* неспособный человек смог бы это сделать? Неужели по-настоящему неспособный человек сумел бы добиться того же, что и вы?»
4. Чтобы оценить силу убеждений на рациональном и на эмоциональном уровне в начале каждой сессии, перед определением повестки дня вы можете спросить: «Когда вы меньше всего были убеждены в том, что вы неспособная, или сильнее всего убеждены, что способная, — что в тот момент происходило? Стоит ли включить эту ситуацию в повестку дня?» Обсуждение более позитивных ситуаций позволяет собрать и подкрепить доказательства для левой части таблицы.

Кроме того, возможность «примерить» обсуждаемую ситуацию к бланку есть во время сессии.

Т. Салли, подведите, пожалуйста, краткий итог тому, что мы обсудили.
П. Ну, у меня было плохое настроение, потому что я не получила работу на лето, которую хотела. В такой ситуации любой бы, наверное, расстроился, но я была по-настоящему подавлена, потому что думала, что это доказывает, какая я неспособная.
Т. Хорошо. Вы видите, как это можно записать в бланк работы с глубинными убеждениями?
П. Да. Это все про ту же идею.
Т. Как бы вы могли описать эту ситуацию в бланке?
П. Наверное, она попала бы в *правую часть*... Я не получила место помощника исследователя... но это не значит, что я неспособная. Многие хотели занять это место, и у некоторых было намного больше опыта, чем у меня.

## Использование экстремальных контрастов для модификации глубинных убеждений

Иногда пациентам полезно сравнивать себя с другими людьми — реальными или воображаемыми, — у которых до экстремальной степени выраже-

но свойство, связанное с глубинным убеждением пациентов. Предложите пациенту представить себе и обсудить такого человека. (Данная техника похожа на технику когнитивного континуума, которую мы рассматривали в главе 13.)

Т. Интересно, а есть ли среди ваших знакомых человек, которого *действительно* можно назвать неспособным и кто *ведет себя* как крайне неспособный человек?
П. Хмм... В моем общежитии есть парень, который, как мне кажется, не ходит на занятия и нигде не работает. Просто все время тусит. Думаю, его можно назвать неспособным.
Т. Хорошо. А насколько вы неспособная по сравнению с ним?
П. (*Обдумывает.*) Не сказать чтобы очень.
Т. Если бы вы действительно были неспособным вообще к чему-то человеком, что бы в вашей жизни было иначе?
П. ...Наверное, я бы вылетела из колледжа, просто целыми днями сидела дома... не могла бы себя содержать... ничего толкового не делала... и у меня не было бы друзей...
Т. Насколько вы к этому близки?
П. Думаю, я от этого далеко.
Т. И насколько в таком случае правомерно называть вас вообще неспособной?
П. Наверное, это не правильно.

## Использование историй, фильмов, метафор

Вы можете помочь пациентам сформировать новое представление о себе, попросив их поразмыслить над литературными героями или реальными людьми, которым свойственно аналогичное негативное глубинное убеждение. Когда пациенты видят яркие примеры недостоверности глубинных убеждений, которых придерживаются другие люди, они начинают лучше осознавать, что их собственное глубинное убеждение также может оказаться неверным.

Одна из моих пациенток была уверена, что она плохой человек, потому что и в детском, и во взрослом возрасте подвергалась физическому и эмоциональному насилию со стороны матери, которая часто говорила ей, какая та плохая. Пациентке помогли размышления над историей Золушки: злобная мачеха плохо с ней обращалась, но сама Золушка, безусловно, не была виновата в этом.

## Исследование истории глубинного убеждения

Когда глубинные убеждения пациентов обусловлены ранними детскими переживаниями, часто бывает полезно исследовать, из чего именно возникло убеждение и что его поддерживало на протяжении многих лет (Young, 1999). Вы выявляете доказательства, которые поддерживали глубинные убеждения пациентов в детстве, и помогаете придумывать им альтернативные объяснения, а также ищете контраргументы. (Вы можете использовать рабочий бланк терапевтического случая для сбора необходимых данных.) Для этого пациенты должны уже уметь отслеживать то, как действует их глубинное убеждение в *настоящем*, и начать его модификацию. Сначала вы предоставляете пациенту обоснование.

Т. Салли, давайте попробуем разобраться, когда эта идея о неспособности у вас возникла.
П. Хорошо.
Т. Вот ваш бланк работы с глубинными убеждениями. Постарайтесь вспомнить: скажем, в начальной школе чувствовали ли вы себя когда-нибудь неспособной?
П. Я помню детский сад. Помню, как собирала пазл, а воспитательница на меня кричала и я плакала...
Т. Ты слишком долго его собирала?
П. Да, что-то такое.
Т. И ты почувствовала себя неспособной?
П. Ага.
Т. Хорошо. Запишите это в правой части бланка. Позже мы придумаем альтернативное объяснение. Можете вспомнить что-то еще?
П. Помню, как примерно тогда же мы всей семьей выбрались в городской парк. Все ехали на велосипедах рядом, а у меня плохо получалось, и я очень отстала.

На сессии или в качестве домашнего задания пациентам нужно продолжить выполнение этого первого шага: записывать воспоминания, которые могли повлиять на формирование и поддержание глубинного убеждения. Пациенты вспоминают детский сад, начальную или среднюю школу, колледж, период после двадцатилетия и т. п. Второй этап исследования истории убеждения предполагает поиск и запись доказательств, которые поддерживают новое позитивное убеждение в каждый из указанных периодов. После того как пациенты пробудят в себе положительные воспоминания, они будут готовы перейти к третьему этапу: сформулировать

альтернативное объяснение для каждого из перечисленных негативных доказательств. Наконец, на четвертом этапе пациент делает выводы по каждому периоду. Например:

> **В школьные годы я много с чем успешно справлялась, от спортивных занятий до ответственного отношения к домашним и учебным делам. Да, действительно, я училась не только на «отлично», и не все удавалось мне одинаково хорошо — иногда я чувствовала себя неспособной, но в целом меня, скорее, можно было назвать способной.**

## Реструктурирование ранних воспоминаний

Большинству пациентов с расстройствами оси I для модификации глубинных убеждений достаточно «интеллектуальных» техник, описанных выше и применяемых в момент эмоциональной активации (например, когда активировалось само глубинное убеждение и пациент переживал негативный аффект). Другим пациентам показаны «эмоциональные» или экспериментальные техники, вызывающие эмоции у пациента. Одна из таких техник предполагает проведение ролевой игры, в ходе которой вы вместе с пациентом воссоздаете событие из прошлого и даете ему новую интерпретацию. Ниже приведена стенограмма, в которой я помогаю пациентке реструктурировать значение прошлого события, связанного с актуальной болезненной ситуацией.

Т. Энни, сегодня вы кажетесь особенно подавленной.

П. Это действительно так (*плачет*). ...Директор позвал меня к себе в кабинет после обеда. Я допустила несколько опечаток в письме, и он сказал, что мне нужно быть внимательней и перечитывать письма перед отправкой.

Т. О чем вы после этого подумали?

П. Что я ужасный секретарь. И ничего не могу сделать правильно.

Т. И что вы почувствовали?

П. (*Выражает эмоцию.*) Грусть. Очень сильную грусть. (*Выражает глубинное убеждение.*) И, ну, вы знаете, почувствовала себя неспособной.

Т. Неспособной находить ошибки в письмах или вообще неспособной?

П. Вообще. Я совершенно неспособная.

Т. (*Усиливает ее аффект, чтобы оживить воспоминание.*) Ощущается ли эта грусть и неспособность где-то в теле?

П. За глазами. И еще плечи кажутся тяжелыми.

Вместо того чтобы разобрать актуальную ситуацию, я перенесла внимание пациентки на прошлый опыт, связанный с теми же ощущениями. Сначала мы обговорили его на интеллектуальном уровне.

Т. Постарайтесь вспомнить, когда впервые в жизни вы почувствовали себя подобным образом?
П. (*Пауза.*) Когда мне было шесть. Я училась в первом классе. Помню, как принесла домой дневник и чуть-чуть боялась, потому что результаты были так себе. Папа нормально отнесся, а мама разозлилась.
Т. Что она сказала?
П. Она стала кричать: «Энни, что мне с тобой делать?! Ты только посмотри на эти оценки!»
Т. И что вы ответили?
П. Кажется, ничего. Мама продолжала повторять: «Разве ты не знаешь, что случится, если ты не получишь хороших оценок? Твой брат всегда хорошо успевает. А ты почему не можешь? Мне так за тебя стыдно. Что из тебя вырастет?»
Т. (*Сочувствует.*) Наверное, вам было очень плохо.
П. Да.
Т. Как думаете, разумно ли она себя повела?
П. (*Думает.*) Нет... думаю, нет.
Т. А сами вы стали бы говорить такое своим детям?
П. Нет, ни за что.
Т. А что бы *вы* сказали своей шестилетней дочери, которая принесла домой плохую оценку?
П. Ну... Думаю, я бы сказала то же, что мой отец: «Ничего страшного. Не расстраивайся. Я тоже в школе учился так себе — и ничего».
Т. Хорошо. Как думаете, почему ваша мама так не поступила?
П. Не знаю.
Т. Исходя из того, что вы мне рассказывали, я могу предположить, что она думала о том, как будут на *нее* смотреть другие люди, если ее ребенок будет плохо учиться.
П. Наверное, вы правы. Она всегда хвалилась перед друзьями успехами моего брата. Думаю, она всегда хотела быть не хуже семьи Джонсов.

Затем я изменила направление беседы, чтобы пациентка смогла усвоить новую информацию через эксперимент.

Т. А теперь я предлагаю разыграть ситуацию по ролям. Я сыграю вас шестилетнюю, а вы — свою мать. Постарайтесь посмотреть на проис-

ходящее ее глазами, насколько это возможно. Я начну... Мам, вот мои оценки.

П. Энни, мне так стыдно за тебя. Только посмотри на них. Что мне с тобой делать?

Т. Мам, мне всего шесть лет. Я учусь не так хорошо, как Роберт, но это не страшно.

П. Знаешь, что случится, если ты не будешь учиться хорошо? Ты никогда ничего не добьешься.

Т. Это глупо, мама. Мне всего шесть.

П. Но в следующем году тебе будет семь, а затем восемь...

Т. Мам, я не так уж и плохо справилась. Почему ты делаешь из этого такую большую проблему? Из-за этого я чувствую себя совершенно неспособной. Ты этого добиваешься?

П. Конечно нет. Я не хотела, чтобы ты так думала. Это не правда. Я просто хочу, чтобы ты получала хорошие оценки.

Затем я предложила пациентке сделать новые выводы из ситуации.

Т. Хорошо, теперь можно выйти из роли. Что вы думаете о ситуации теперь?

П. Я не была неспособной. Я нормально справилась. Наверное, мама так жестко со мной обошлась, потому что *сама* не хотела, чтобы ее критиковали.

Т. Насколько вы убеждены в этом?

П. Думаю, достаточно сильно.

Т. Тогда предлагаю еще раз проиграть эту ситуацию, но теперь поменяться ролями. Давайте посмотрим, как шестилетняя Энни сумеет ответить матери.

После завершения второго этапа ролевой игры я спросила Энни, что она вынесла из этого опыта и как эти выводы применимы к ситуации, которая расстроила ее на этой неделе (критика директора).

В другой технике для реструктурирования ранних воспоминаний во время переживания эмоции используется имагинация (J. S. Beck, 2005; Edwards, 1989; Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993; Smucker & Dancu, 1999; Young, Klosko, & Weishaar, 2006). Эта гештальт-техника была адаптирована специально для работы с глубинными убеждениями и чаще используется для пациентов с расстройствами личности, чем для пациентов с расстройствами оси I. Ниже приведен пример работы с пациентом, которому я помогла заново пережить болезненное событие из детства, которое, вероятно, повлекло за собой возникновение или в дальнейшем поддерживало ключевое глубинное убеждение. Я сделала следующее.

1. Определила, какая ситуация особенно болезненна для пациента в данный момент и при этом связана с важным глубинным убеждением.
2. Усилила аффект пациента, сосредоточив его внимание на автоматических мыслях, эмоциях и соматических ощущениях, связанных с ситуацией.
3. Помогла пациенту выделить и заново пережить важный ранний опыт.
4. Поговорила с «внутренним ребенком» пациента, чтобы выявить его автоматические мысли, эмоции и убеждения.
5. Помогла пациенту сформулировать новое понимание опыта с помощью управляемой имагинации, сократовского диалога и/или ролевой игры.

Ниже приведена стенограмма, в которой Энни рассказала о расстроившей ее ситуации, произошедшей за день до нашей сессии: пациентке показалось, что женщина из ее церковной общины, с которой они вместе занимаются благотворительным проектом, раскритиковала ее.

Т. Постарайтесь снова представить себе ту сцену, как будто все происходит сейчас. Вот вы сидите за столом... (*Я помогаю Энни ярко представить и описать болезненное событие в настоящем времени.*)
П. Пегги говорит: «Энни, тебе нужно еще раз пройтись по магазинам, узнать, кто в каждом из них управляющий и кто владелец, и с *ними* поговорить о пожертвованиях — у продавцов просто нет на то достаточных полномочий». И я чувствую себя грустной, подавленной. [Я думаю:] «Я всех подвела. Я недостаточно хороша. Ничего не могу сделать правильно».
Т. Вы ощущаете эту грусть сейчас?
П. (*Кивает.*)
Т. (*Узнаю подробности о физиологических ощущениях, чтобы усилить ее реакцию.*) А где в теле она ощущается?
П. За глазами?
Т. Где-то еще? Где еще прячется грусть?
П. В груди... и в животе. Такая тяжесть.
Т. Хорошо, сосредоточьтесь на этой тяжести. Можете по-настоящему прочувствовать ее прямо сейчас: в животе, в груди? За глазами?
П. (*Кивает.*)
Т. Хорошо, теперь постарайтесь сфокусировать внимание на глазах, животе, груди... (*Ждет 10 секунд.*) Энни, а можете ли вы вспомнить, когда

чувствовали подобную тяжесть в прошлом, в детстве? Когда *впервые* вы почувствовали ее?

Затем я помогла Энни соотнести важное грустное воспоминание из прошлого с актуальным болезненным опытом. Энни описала (в прошедшем времени), как мать критиковала ее, когда она во втором классе допоздна делала уроки, и какой неспособной она себя тогда чувствовала. Затем я предложила Энни снова погрузиться в это переживание, только в этот раз в настоящем времени, и отвечать мне из состояния себя в детстве. Я задавала вопросы «детской» части Энни и постоянно поощряла ее к использованию настоящего времени, чтобы усилить переживания.

Т. Семилетняя Энни, где ты сейчас находишься?
П. Я дома. На кухне. Делаю домашку.
Т. Она сложная?
П. Да. Я не знаю, что делать.
Т. (*Задает вопрос, чтобы углубить переживание, усилить аффект и когниции.*) Видишь, как мама заходит в кухню? Как она выглядит?
П. Она злая. Очень злая.
Т. Почему ты так думаешь?
П. (*Глаза наполняются слезами.*) У нее напряженное лицо. Она очень покраснела.
Т. Что она тебе говорит?
П. «Энни, иди спать».
Т. Продолжай.
П. «Мам, я не могу. Мне нужно закончить».
Т. А что говорит мама?
П. «Ложись, я сказала! Да что с тобой не так?! Это простое задание. Ты что, глупая?» (*Плачет.*)
Т. (*Мягко.*) Семилетняя Энни, как ты себя чувствуешь?
П. Мне грустно. (*Тихо плачет.*)
Т. Очень грустно?
П. (*Кивает.*)
Т. (*Мягко.*) Семилетняя Энни, а о чем ты сейчас думаешь?
П. Я такая *глупая*. Я ничего не могу сделать правильно.
Т. Насколько сильно ты убеждена в этом? (*Показывает жестами.*) Немножко? Средне? Очень сильно?
П. Очень сильно.
Т. А какие еще мысли появляются?
П. Что я никогда не смогу ничего делать правильно.

Обратите внимание: усиление эмоциональных реакций Энни говорит о том, что мы коснулись поистине глубинных вопросов. В следующей части беседы я помогла Энни найти новую интерпретацию этого переживания.

Т. Семилетняя Энни, я хочу помочь тебе взглянуть на ситуацию по-новому. Ты не против, если мы привлечем к беседе тебя взрослую?
П. (*Кивает.*)
Т. Хорошо, семилетняя Энни, представь, что ты сидишь на кухне, твоя мама выходит из нее, зато входит 45-летняя Энни. Где бы ты хотела, чтобы она встала?
П. Наверное, рядом со мной.
Т. Очень близко?
П. (*Кивает.*)
Т. Может, ей тебя обнять?
П. (*Кивает.*)
Т. Хорошо. Тогда представим, что взрослая Энни подходит к семилетней Энни и спрашивает, что случилось.
П. Что случилось?
Т. Что отвечает семилетняя Энни?
П. Я чувствую себя такой глупой. Ничего не могу сделать правильно.
Т. И что отвечает взрослая Энни?
П. Это неправда. Это задание слишком сложное. Ты ни в чем не виновата. Ты не глупая.
Т. И что говорит семилетняя Энни?
П. Но я должна знать, как это выполнить.
Т. Продолжайте отвечать ей от лица себя старшей.
П. Это не так. Ты не должна знать, как это выполнить. Ты отсутствовала, когда объясняли эту тему. Тебя этому никто не учил. Вообще-то, твоя учительница виновата в том, что дала тебе такое сложное задание.
Т. Семилетняя Энни, ты ей веришь?
П. Немножко.
Т. Семилетняя Энни, а что бы ты хотела спросить у себя взрослой?
П. Почему все так сложно? Почему я просто не могу все сделать правильно?
Т. Что ответит взрослая Энни?
П. Ты много чего делаешь правильно. Например, тебе легко дается математика, ты сама одеваешься, хорошо играешь в футбол...
Т. Семилетняя Энни, что ты думаешь?
П. Я ведь плохо играю в футбол. Роберт играет намного лучше.
Т. Взрослая Энни, помогите ей разобраться.

П. Послушай, ну играет он в футбол *лучше* тебя. Но он *старше*. Когда он был в твоем возрасте, он умел делать то же, что и ты, так же, как и ты. У тебя все получится. Просто подожди.

Т. Семилетняя Энни, как ты чувствуешь себя теперь?

Когда Энни сказала, что юная она теперь грустит не так сильно, я завершила выполнение упражнения (для этого можно задать вопрос: «Хочешь ли ты еще о чем-то спросить себя взрослую, семилетняя Энни?»). Затем я попросила Энни записать старое убеждение, которое активизировалось в этом воспоминании, и новое убеждение, а также оценить, насколько сильно каждое из них на рациональном и эмоциональном уровне.

Зачем мы обсудили актуальную беспокоящую ее ситуацию с Пегги и церковной общиной, чтобы Энни смогла сделать более реалистичный адаптивный вывод. К концу сессии степень убеждения Энни о собственной неспособности составляла 20 %, и на 70 % она была убеждена в том, что все же способная. Ее довольно сильно убедило альтернативное объяснение: возможно, ее вклад не так велик, как того хотелось бы Пегги, но это вовсе не значит, что она неспособная. Она впервые участвовала в благотворительном сборе средств, а более опытные участники группы не дали ей нужной информации. И даже если другие активисты справились лучше, это вовсе не значит, что Энни неспособная.

Резюме. Глубинные убеждения требуют последовательной систематической работы. Для этого могут использоваться как техники, которые применяются в работе с автоматическими мыслями и промежуточными убеждениями, так и специальные техники, направленные непосредственно на глубинные убеждения. Дополнительные техники можно найти в книгах разных авторов (J. S. Beck, 2005; Beck and colleagues, 2004; Young, 1999). Типичные глубинные убеждения пациентов с различными психическими расстройствами описаны в книге Рисо, дю Туа, Штайна и Янга (Riso, du Toit, Stein, and Young, 2007).

# Дополнительные когнитивные и поведенческие техники

Ряд когнитивных и поведенческих техник мы уже рассмотрели: сократовский диалог, поведенческие эксперименты, рационально-эмотивные ролевые игры, бланки работы с глубинными убеждениями, имагинативные техники, а также составление списка преимуществ и недостатков убеждений. В этой главе мы поговорим о других важных техниках, многие из которых, по сути своей, также являются когнитивно-поведенческими. Как будет подробнее описано в главе 19, при выборе техник нужно ориентироваться на общую концептуализацию ситуации пациента и целей конкретной сессии. По мере накопления опыта проведения когнитивно-поведенческой терапии вы начнете разрабатывать собственные техники.

В этой главе описаны техники, которые, как и любые другие когнитивно-поведенческие методы, нацелены на изменение мыслей, поведенческих стратегий, настроения и физиологического возбуждения пациента. Речь идет о следующих техниках: решение проблем, принятие решений, рефокусирование, расслабление и осознанность, копинг-карточки, техника последовательного приближения, экспозиция, ролевая игра, техника «пирога», функциональные сравнения и списки достижений. Дополнительные техники описаны в различных источниках (Beck et al., 1979; Beck & Emery, 1985; Leahy, 2003; McMullin, 1986).

## Решение проблем и отработка навыков

Пациенты страдают от различных проблем в жизни, которые связаны или не связаны с их психическим расстройством. На каждой сессии нужно помогать пациентам формулировать повестку с учетом проблем, которые проявились в течение недели и расстраивают их, а также проблем, которые

могут возникнуть на будущей неделе. Вы должны содействовать пациентам в решении проблем: спрашивать, как они решали аналогичные проблемы ранее, что посоветовали бы сделать в подобной ситуации близкому другу или члену семьи. Затем, по необходимости, вы можете сами предложить возможные варианты решения проблем. Чтобы стимулировать собственный процесс размышлений, можете задать этот вопрос и себе: как вы решали или решили бы подобную проблему.

Некоторым пациентам недостает умения решать проблемы. В этом случае им могут помочь прямые инструкции: как формулировать проблемы, находить и выбирать решения, воплощать их в жизнь и оценивать эффективность (см., например, D'Zurilla & Nezu, 2006). Также у пациентов может встречаться дефицит любых других навыков. Им нужно будет отработать эти умения с вами или с другими специалистами — например, трудности могут быть связаны с эффективным выполнением родительских обязанностей, прохождением собеседований, планированием бюджета и выстраиванием личных отношений. Книги по самопомощи также полезны: например, Маккей, Дэвис и Фаннинг (McKay, Davis, and Fanning, 2009) предлагают клиентское руководство по улучшению коммуникативных навыков.

Другие пациенты, напротив, уже хорошо умеют решать проблемы и обладают другими развитыми навыками. Им может понадобиться помощь в проверке дисфункциональных убеждений, возникающих при решении проблем и применении имеющихся навыков. Бланк решения проблем (J. S. Beck, 2011) поможет вашим пациентам определить проблему, выявить мешающие когниции и конструктивно отреагировать на них до обсуждения потенциальных решений.

Например, Салли было сложно удерживать внимание на учебном материале. Мы устроили мозговой штурм и собрали всевозможные решения этой проблемы. Например, можно начинать с самых простых заданий; пересматривать конспекты перед чтением учебника; записывать вопросы, когда что-то непонятно; делать паузу каждые несколько минут и повторять прочитанное про себя. Мы договорились, что она проведет эксперимент и опробует все эти стратегии, чтобы понять, улучшится ли ее концентрация и скажется ли это положительно на объеме усвоенного материала.

Несколько недель спустя Салли вынесла на повестку дня свое бесплатное репетиторство: она занималась с ребенком из начальной школы, расположенной неподалеку. Хотя ребенок легко шел на контакт, Салли сомневалась, что все делает правильно. Умом она понимала, как решить проблему: связаться с агентством, которое занимается координацией работы волонтеров, и/или с учителем ребенка. Однако ей мешало убеждение в том, что просить

о помощи нельзя. Оценив свои автоматические мысли и убеждения, Салли в итоге смогла применить решение, которое нашла сама.

Чтобы помочь Салли решить проблему прокрастинации, я использовала технику самораскрытия терапевта. Она никак не могла приступить к написанию доклада. Я рассказала, что обычно, когда наступает время заняться сложной задачей, я переживаю короткое неприятное ощущение, которое неизменно улетучивается, стоит мне начать работать. Салли призналась, что обычно чувствует то же самое, и мы договорились провести поведенческий эксперимент, чтобы проверить, что случится вечером, когда она выйдет в интернет и начнет искать информацию для доклада.

Для решения некоторых проблем пациентам приходится серьезно менять свою жизнь. Иногда после тщательной оценки ситуации терапевт рекомендует жертве домашнего насилия оставить супруга и искать убежища и защиты у органов правопорядка. Если к вам обратится пациент, который постоянно недоволен своей работой, помогите ему проанализировать преимущества и недостатки сохранения текущего рабочего места и поиска новой работы. Конечно же, не все проблемы можно решить. Однако даже в самых сложных случаях пациенты могут изменить свою *реакцию* на проблему, модифицировать свои когниции. Возможно, им нужно принять статус-кво и начать работать над другими жизненными аспектами.

Некоторые пациенты постоянно беспокоятся из-за проблем, возникновение которых крайне маловероятно. Таким пациентам нужно помочь научиться выбирать между проблемами с высокой и с низкой вероятностью возникновения и соблюдением разумной и неразумной предосторожности. Кроме того, они должны научиться принимать неизвестность, развивать внутренние и внешние ресурсы, повышать чувство самоэффективности — и, когда в следующий раз возникнут проблемы, пациенты почувствуют себя способными (самостоятельно или с помощью других людей) решить их.

## Принятие решений

Многим пациентам сложно принимать решения, а тем, кто страдает от депрессии, — особенно. Предложите таким пациентам написать список преимуществ и недостатков каждого возможного решения, а затем помогите «взвесить» каждый пункт и принять решение о том, какой вариант лучше (рис. 15.1).

Т. Вы говорили, что вам нужна помощь в принятии решения о том, что делать на каникулах: пойти в летнюю школу или устроиться на работу?

П. Да.

Т. Хорошо. (*Достает листок бумаги.*) Сейчас я хочу предложить вам методику, которая поможет взвесить все за и против. Вы раньше когда-нибудь так делали?

П. Нет. По крайней мере, не в письменном виде. Хотя я думала об этом.

Т. Хорошо. Это поможет нам начать. Думаю, вы сами убедитесь: если записать свои мысли, принять решение будет легче. С чего начнем — с летней школы или работы?

П. Наверное, лучше с работы.

**Преимущества работы**

1. Заработаю денег.
2. Возможно, научусь чему-то новому.
3. Переключусь на новую деятельность.
4. Встречу новых людей.
5. Почувствую себя более продуктивной.
6. Хорошо для резюме.

**Недостатки работы**

1. Ее нужно искать.
2. Будет меньше свободного времени.
3. Она может мне не понравиться.

**Преимущества летней школы**

1. В нее идут двое моих друзей.
2. Осенью можно будет взять на один курс меньше.
3. Будет много свободного времени.
4. Нет неожиданностей, все известно заранее.
5. Могу познакомиться с новыми людьми.
6. Легче записаться сюда, чем искать работу.

**Недостатки летней школы**

1. Не заработаю денег, а за нее придется платить.
2. Не получу новых умений.
3. Еще больше привычных занятий.
4. Не буду чувствовать себя такой продуктивной.
5. Не улучшит резюме.

**Рис. 15.1.** Анализ преимуществ и недостатков, выполненный Салли

Т. Хорошо, тогда напишите в верхнем левом углу этого листа «Преимущества работы», а «Недостатки работы» — в верхнем правом. «Преимущества летней школы» будут в нижней левой части листа, «Недостатки летней школы» — в нижней правой.

П. (*Пишет.*) Хорошо.

Т. О чем вы уже подумали? Напишите преимущества и недостатки работы летом. (*Салли записывает мысли, которые ее уже посещали. Я задаю наводящие вопросы.*) А как насчет того, что вы попробуете что-то новое, отвлечетесь от учебы — это можно назвать преимуществом?

П. Ага. (*Записывает.*)

Т. Работа сократит ваши каникулы?

П. Нет, если я договорюсь с руководством и проведу две недели с семьей в августе.

Мы с Салли заполняли таблицу до тех пор, пока она не посчитала, что аргументов достаточно. Затем мы повторили процесс для второго варианта — летней школы. Оценивая ее преимущества и недостатки, Салли пересматривала и дополняла пункты, связанные с работой. А затем проверила еще раз все за и против работы, чтобы понять, нельзя ли отнести какие-то из них к учебе.

Затем я помогла Салли проанализировать результат.

Т. Хорошо, кажется, мы закончили. Теперь вам нужно взвесить эти пункты. Может быть, обвести самые важные? Или оценить значимость каждого из них по десятибалльной шкале?

П. Наверное, лучше обвести.

Т. Хорошо, давайте начнем с работы. Какие пункты для вас важнее всего? (*Салли обводит пункты из каждой колонки на рис 15.1.*) Теперь оцените отмеченные пункты. Есть мысли?

П. Мне больше хотелось бы найти работу. Потому что в таком случае я заработаю денег, почувствую, что с пользой провела лето. И отвлекусь от учебы. Но мне кажется, будет сложно ее найти.

Т. Может, посвятим несколько минут обсуждению того, как решить вопрос с поиском работы? Затем мы можем вернуться к этому списку и посмотреть, склоняетесь ли вы все еще к этому варианту.

В конце обсуждения я постаралась повысить вероятность того, что в будущем Салли станет пользоваться новой техникой сама.

Т. Было ли это [процесс перечисления и взвешивания преимуществ и недостатков каждого решения] полезным? Могли бы вы воспользоваться этим методом для принятия решений в будущем? Вы запомните, как мы действовали?

## Рефокусирование

Как уже говорилось в главе 11, пациентам полезнее всего оценивать свои автоматические мысли сразу, а также регулярно перечитывать терапевтические заметки. Однако иногда сделать это невозможно или нежелательно — намного эффективнее переключить внимание на другой вид деятельности. Это особенно полезно, когда пациенту нужно сосредоточиться на задаче, которую он выполняет в данный момент: завершить работу, беседу, доехать куда-либо на машине. Кроме того, рефокусирование полезно для пациентов с навязчивыми мыслями, рациональная оценка которых не работает. Вы научите пациентов категоризировать и принимать собственные переживания: «Просто мне пришла в голову автоматическая мысль. Я могу принять ее и тот факт, что из-за нее ухудшается мое самочувствие, и переключить внимание на другое». После этого пациент переключает внимание на отчет, который пишет, слова собеседника или на дорогу. Вам нужно отрепетировать с пациентами стратегию, постараться выяснить, как они управляли своим вниманием в прошлом и как, на их взгляд, можно переключать внимание в будущем.

Т. Хорошо, в таком случае, когда вы снова почувствуете тревогу во время занятия, постарайтесь правильно отреагировать на эти мысли. Правда, иногда бывает полезнее просто переключить внимание на происходящее в аудитории. Вы пробовали так поступать? Пытались сосредоточиться на том, что происходит в аудитории?
П. О... да, наверное.
Т. И как именно вы это делали?
П. Ну, мне помогало, например, если я начинала активно писать конспект.
Т. Хорошо. Попробуйте на следующей неделе *не* дать себе войти в состояние, когда негативные мысли, тревога и грусть переполняют вас, и вместо этого либо отреагировать на свои мысли, либо перенести внимание на конспект. А может быть, попробуете и то и другое?
П. Хорошо.
Т. Как вы будете себе об этом напоминать?

Может случиться так, что негативные эмоции пациента слишком сильны, чтобы он смог переключить внимание на выполнение актуальной задачи, — или же он не занят ничем особенным. В подобных обстоятельствах полезно придумать отвлекающие занятия. Хотя отвлечение внимания нельзя считать решением на все случаи жизни, это эффективная быстродействующая техника. Узнайте, что помогало пациенту раньше, а затем, если нужно, внесите свои предложения.

Т. Получается, вы очень расстроились из-за доклада, который нужно было написать.
П. Да, я не могла сосредоточиться. Я только все больше тревожилась.
Т. И что вы сделали?
П. Стала слоняться по комнате.
Т. И это помогло?
П. Не особенно.
Т. Вы пробовали реагировать на свои мысли?
П. Я перечитала терапевтические заметки, но не помогло. Наверное, я им не поверила.
Т. (*Записывает.*) Через несколько минут мы попробуем разобраться, почему заметки не помогли, но сначала скажите, пожалуйста, сколько по времени продолжалась тревога?
П. Очень долго. Не знаю, может, несколько часов. Я все возвращалась к столу и пыталась читать, но не могла.
Т. Вы пробовали отвлечься?
П. Нет. В конце концов, я сдалась и просто пошла ужинать.
Т. Вы когда-нибудь пробовали отвлекаться? Что вы для этого делаете?
П. Обычно я просто включаю телевизор.
Т. И это помогает?
П. Иногда я забываюсь и чувствую себя лучше, иногда нет.
Т. Хорошо, а если телевизор не помогает, что вы делаете?
П. Иногда беру газету и решаю кроссворд, но это не всегда отвлекает.
Т. Еще что-нибудь?
П. ...Нет, больше ничего не могу придумать.
Т. Могу я рассказать вам о том, что помогает в подобных ситуациях другим людям? Попробуйте в качестве эксперимента применить что-нибудь из этого на следующей неделе: выйти на прогулку или пробежку, позвонить или написать письмо другу или члену семьи, навести порядок в шкафу или на столе, подбить финансы, сходить в магазин за продуктами, зайти к соседу, поиграть в видеоигру, зайти на любимые сайты... Как вам? Хотите попробовать что-нибудь на следующей неделе?
П. Да, можно.
Т. Иногда людям больше помогают успокаивающие действия: например, теплая ванна, бодрая музыка, молитва. Может быть, запишете несколько вариантов?
П. Давайте.
Т. Как только почувствуете, что эмоциональное напряжение снизилось, вы сможете лучше отреагировать на свои мысли или же вернетесь к тому,

чем занимались. Конечно, вам не нужно пытаться совершенно отвлечься от предыдущего занятия. Но в качестве сиюминутной меры это помогает.

С другой стороны, может оказаться, что пациенты слишком часто отвлекаются. Если они не боятся испытать негативные эмоции, можно провести следующее обсуждение.

Т. Получается, каждый раз, когда вы расстраиваетесь, вы пытаетесь выбросить мысли из головы? Правильно?
П. Да.
Т. И эти мысли — например, о том, что вы не можете чего-либо сделать, — совершенно исчезают?
П. Нет, обычно они возвращаются.
Т. То есть полностью избавиться от них не выходит, они сохраняются где-то в глубине сознания и только и ждут возможности снова возникнуть и испортить вам жизнь?
П. Видимо.
Т. Может быть, на этой неделе попробуете не отвлекаться, а вместо этого проработать эти мысли, оценить их, как мы уже делали на сессиях?
П. Ладно.
Т. Если не получится заполнить форму записи мыслей сразу, постарайтесь сделать это, как выдастся возможность.

Иногда пациенты отвлекаются, чтобы избежать негативных эмоций. Крайне важно, чтобы они осознали: отвлекаться не нужно, потому что эмоции болезненны, но не опасны. Если пациент постоянно отвлекается, он не может получить нужный опыт, поэтому вам нужно будет организовать поведенческие эксперименты, которые позволят пациентам проверить свои страхи относительно переживания сильных негативных эмоций. Полезной может оказаться техника «5 шагов», описанная на с. 225 (Beck & Emery, 1985), в рамках которой пациентам предлагается принимать тревогу, отслеживать ее, продолжать действовать вместе с ней, повторять эти шаги и верить в лучшее.

## Оценка настроения и поведения с помощью графика активности

При работе с некоторыми пациентами полезно использовать график активности — не для составления режима, а для отслеживания настроения при выполнении различных видов деятельности с целью обнаружить

паттерны возникновения. Например, пациент с тревожным расстройством может заполнять графы с видами деятельности и напротив них оценивать свою тревогу по десятибалльной шкале (или вербально: слабая, средняя, сильная). Пациент с хронической раздражительностью или приступами гнева может таким же образом оценивать свой гнев. Такие шкалы особенно полезны пациентам, которые не замечают небольшие или даже выраженные изменения своего настроения, а также пациентам, которые склонны переоценивать или недооценивать силу своих эмоций.

Пациенты с поведенческими проблемами — компульсивным обжорством, курением, транжирством, пристрастием к азартным играм, злоупотреблением психоактивными веществами, вспышками ярости — могут записывать все свои активности, чтобы изучить паттерны возникновения, или записывать примененные дезадаптивные поведенческие стратегии.

## Релаксация и осознанность

Многим пациентам идут на пользу техники релаксации — их подробное описание вы найдете в других источниках (Benson, 1975; Davis, Eshelman, & McKay, 2008; Jacobson, 1974). Существуют разнообразные расслабляющие упражнения, среди которых прогрессивная мышечная релаксация, имагинативные техники и контроль дыхания. Пациенты могут купить коммерческие курсы по релаксации, или же вы можете сделать запись для них в ходе сессии. Обучать техникам релаксации нужно на сессии, чтобы вы могли сразу решить проблемы и оценить эффективность. Обратите внимание: у некоторых пациентов релаксационные упражнения вызывают эффект парадоксального возбуждения — у них растут тревога и напряжение (Barlow, 2002; Clark, 1989). Как и с любыми другими техниками, для начала предложите пациенту выполнить релаксационное упражнение в качестве эксперимента: либо оно уменьшит его тревогу, либо вызовет тревожные мысли, которые можно будет оценить.

Техники осознанности помогают пациентам учиться безоценочно наблюдать за внутренними переживаниями и принимать их, не пытаясь изменить. Кратко эти техники, особенно их применение при работе с людьми, склонными к руминации, описаны у Лихи (Leahy, 2010). На сегодняшний день техники осознанности применяют в рамках когнитивно-поведенческой терапии для работы с целым рядом проблем, в том числе с психическими, соматическими заболеваниями и стрессом (Chiesa & Serretti, 2010a, 2010b). Более подробно применение техник осознанности описано у других авторов (Hayes and colleagues, 2004; McCown, Reibel, and Micozzi, 2010; Williams, Teasdale, Segal, and Kabat-Zinn, 2007; Kabat-Zinn, 1990).

## Техника последовательного приближения

Для достижения цели необходимо выполнить ряд последовательных шагов. Пациенты нередко сосредоточиваются на том, как далеко находится цель, вместо того чтобы сконцентрироваться на ближайшем шаге, и не могут с этим справиться. Схематическое изображение шагов обычно оказывает успокаивающий эффект (рис. 15.2).

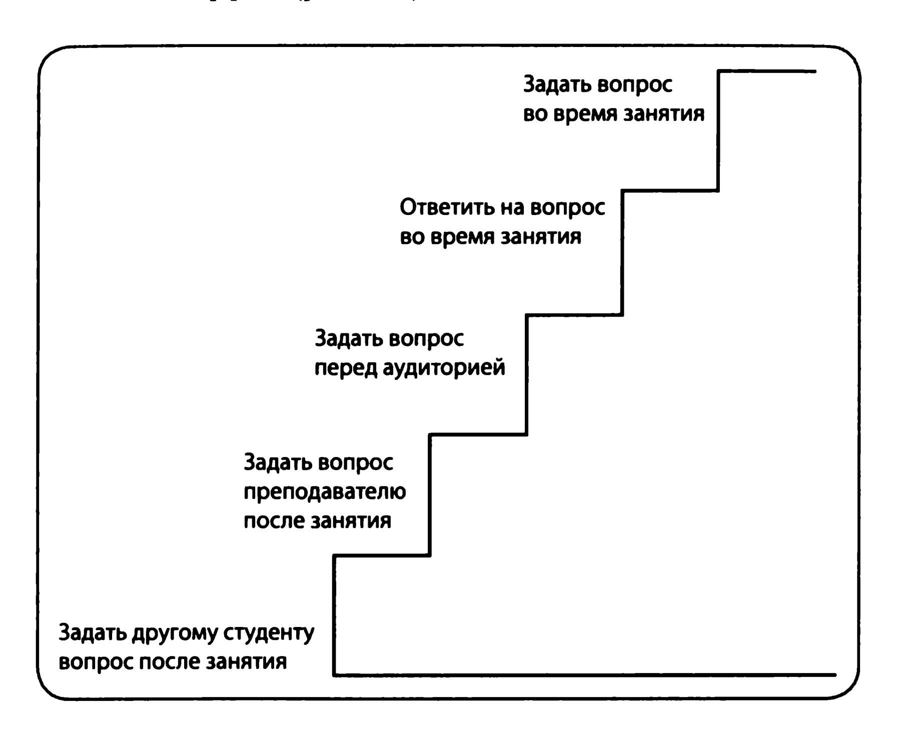



**Рис. 15.2.** Пошаговый подход к достижению цели

Т. Салли, складывается впечатление, что вы начинаете нервничать, когда думаете о выступлении в аудитории перед одногруппниками, хотя вы хотите быть способной это делать.

П. Да.

Т. Я бы предложила разбить достижение этой цели на конкретные этапы; например, вы могли бы для начала задать вопрос преподавателю *после* занятия? Или другому студенту?

П. Да, наверное, это я смогу.

Т. А каким в таком случае будет следующий шаг? (*Помогает Салли назвать все шаги, представленные на рис. 15.2.*)

Т. Вас все еще пугает мысль о выступлении перед аудиторией?

П. Да, немного.

Т. (*Рисует лестницу.*) Хорошо, вот что вам нужно запомнить. Вы начнете с этой ступени — сделаете что-то не слишком сложное. После того как вы почувствуете уверенность, вы сделаете следующий шаг, и так далее. Главное, помните: прежде чем попасть на самый верх лестницы, нужно чувствовать себя уверенно на всех ступенях. Хорошо?

П. Да.

Т. Каждый раз, когда будете думать о конечной цели, напоминайте себе об этой лестнице, в особенности о ступеньке, на которой находитесь в данный момент, и о том, что вы будете подниматься наверх постепенно, шаг за шагом. Как думаете, это поможет снизить тревогу?

## Экспозиция

Пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами часто в качестве копинг-стратегии используют избегающее поведение. Они могут испытывать чувство беспомощности при необходимости выполнения каких-либо видов деятельности («Ничего хорошего не выйдет, если я позвоню друзьям. Они не захотят со мной увидеться») или даже страх («Если я [сделаю это], случится что-то плохое»). Избегание может быть вполне очевидным (например, пациент проводит много времени в постели, перестает ухаживать за собой, вести домашнее хозяйство, избегает общения и любых дел). Или оно может быть скрытым (например, пациенты с социальной тревогой избегают смотреть другим в глаза, улыбаться другим, разговаривать с другими, выражать собственное мнение). Такой тип избегания называют ***охранительным поведением*** (Salkovskis, 1996) — пациентам кажется, что такое поведение помогает избавиться от тревоги. Однако хотя избегание приносит немедленное облегчение (положительное подкрепление), оно сохраняет проблему. Пациенты не могут проверить свои автоматические мысли и получить опровергающие их доказательства.

Если пациент страдает тревожным расстройством и использует избегание, предоставьте ему четкое обоснование того, почему ему нужна конфронтация с вызывающими страх ситуациями. Помогите ему выявить активность, вызывающую слабый или умеренный дискомфорт, и предложите заниматься ею каждый день (или, если нужно, даже несколько раз в день), до тех пор, пока тревога значительно не ослабеет. Затем выявите другую, более сложную ситуацию для экспозиции и рекомендуйте пациенту часто практиковать ее, пока ему не станет легко находиться в этой ситуации; и так далее.

Вы можете предложить пациентам различные копинг-стратегии, которые можно применять перед, во время или после каждого задания: например, форму записи мыслей, копинг-карточки или упражнения на расслабление. С пациентами, у которых избегающее поведение особенно выражено, полезно проводить скрытые репетиции (с. 336–338) для выявления дисфорических автоматических мыслей или оправданий невыполнения задания. Как правило, пациенты более охотно выполняют иерархически структурированные экспозиционные упражнения, если терапевт просит их заполнять ежедневные отчеты. Эти отчеты могут быть очень простыми: скажем, пациенту нужно просто отмечать дату, вид деятельности и уровень тревоги, — или же более развернутыми (рис. 15.3).

При заполнении подробного отчета можно попросить пациентов записывать предсказания, которые не сбылись, и затем *вычеркивать их*. Это задание помогает осознать, как часто мысли не соответствуют действительности. Процесс работы с пациентами, страдающими агорафобией, рассматривается в различных источниках (например, Goldstein & Stainback, 1987). Добсон и Добсон (Dobson & Dobson, 2009) описали планы эффективных экспозиционных сессий, их возможные цели и факторы, снижающие эффективность экспозиции.

| Дата | Деятельность | Предсказанный уровень тревоги 0–100 | Реальный уровень тревоги 1–100 | Предсказания |
|---|---|---|---|---|
| 4.04 | Задать вопрос на занятии | 80 | 50 | Я не смогу этого сделать.<br>Я ничего не смогу сказать.<br>Я выставлю себя на посмешище |

**Рис. 15.3. Индивидуальный отчет об экспозиции**

## Ролевые игры

Ролевые игры применяются для достижения различных терапевтических целей. В этой книге ролевые игры описывались уже несколько раз, в том числе как техника для выявления автоматических мыслей, формулировки адаптивных реакций, модификации промежуточных и глубинных убеждений. Ролевые игры также полезны для обучения социальным навыкам и их отработки.

У одних пациентов социальные навыки развиты слабо, другие в совершенстве владеют одним стилем коммуникации, но не могут адаптировать его к различным ситуациям. Так, Салли неплохо справлялась с обычным социальным взаимодействием и ситуациями, когда надо было проявлять заботу и эмпатию. Однако она не умела быть ассертивной. Чтобы отработать этот навык, мы с ней несколько раз применяли технику ролевой игры.

П. Даже не представляю, как можно заговорить с профессором.
Т. Вы хотите, чтобы он помог вам разобраться в теме, правильно? Что бы вы хотели у него спросить?
П. ...Не знаю.
Т. Предлагаю разыграть эту ситуацию по ролям. Я буду вами, а вы — профессором. Можете изобразить его каким только пожелаете, даже если он будет вести себя совершенно нелогично.
П. Хорошо.
Т. Я начну. Ох, профессор X, могли бы вы, пожалуйста, объяснить мне эту тему?
П. (*Грубо.*) Я уже объяснял на занятии на прошлой неделе. Тебя что, не было?
Т. Я была. Просто я не поняла.
П. Тогда иди и перечитай главу учебника.
Т. Я уже перечитала, но все равно не разобралась. Поэтому и пришла к вам.
П. Хорошо, и что именно тебе непонятно?
Т. Я пыталась сформулировать конкретный вопрос, но у меня не получилось. Можно попросить вас уделить мне несколько минут, объяснить еще раз, и, может быть, после этого мне удастся сформулировать своими словами?
П. Знаешь ли, у меня сейчас нет времени. Почему бы тебе не обратиться за помощью к сокурсникам?
Т. Мне бы хотелось, чтобы объяснили именно вы. Поэтому я пришла в ваше рабочее время. Но если вам неудобно, я могу прийти в четверг, когда вы опять будете на кафедре.
П. Это очень простая тема. Тебе проще пойти и поговорить с кем-нибудь из своих сокурсников.
Т. Хорошо, я так и сделаю. Но если все равно не пойму тему, я вернусь к вам в четверг... Предлагаю на этом закончить игру. Давай обсудим, как я себя вела, а затем поменяемся ролями.

Прежде чем обучать пациентов социальным умениям, нужно оценить актуальный уровень умений. Многие пациенты прекрасно знают, что нужно делать и говорить, но им трудно применять эти знания из-за дисфункциональных

допущений (например: «Если я выскажу свое мнение, меня одернут»; «Если я буду отстаивать свои интересы, другой человек будет уязвлен/разозлится/подумает, что я перешел черту дозволенного»). Оценить уровень навыков можно, попросив пациента предположить положительный исход: «Если бы вы точно знали, что ассистент преподавателя будет не против пообщаться с вами, что бы вы сказали?», «Если бы вы были уверены, что вправе просить помощи, что бы вы сказали?», «Если бы вы знали, что профессор пересмотрел свою позицию и понял, что вел себя неразумно, что бы вы сказали?».

Еще один признак, указывающий на связь проблем с дисфункциональными убеждениями, а не с недостатком навыков, — способность пациента применять навык в других контекстах. Например, пациенты могут быть ассертивными на работе, но не в общении с друзьями. В таком случае вам не нужно использовать ролевые игры для обучения навыкам ассертивного поведения (хотя можно использовать ролевую игру для выявления автоматических мыслей при ассертивном поведении или для предсказания мыслей и чувств других людей при обмене ролями).

## Техника «пирог»

Нередко пациенты лучше воспринимают информацию в графическом виде. Круговая диаграмма оказывается полезной в разных ситуациях: например, когда нужно помочь пациентам поставить цели или оценить степень своей ответственности за результат. Ниже проиллюстрированы обе ситуации (рис. 15.4).

### Постановка целей

Если пациенту трудно сформулировать проблемы и желаемые изменения, если он не видит, как несбалансированна его жизнь, — графическое изображение идеального и реального времяпрепровождения может принести большую пользу.

Т. Похоже, вы чувствуете, что в вашей жизни не хватает гармонии, но не знаете, как это изменить. Я права?

П. Да, наверное.

Т. Может быть, нарисуем круговую диаграмму, которая поможет разобраться с этим вопросом?

П. Хорошо.

Т. Для начала нам нужно нарисовать диаграмму, которая отразит вашу реальную жизнь, а затем — идеальную. Подумайте, сколько времени вы тратите на эти занятия:

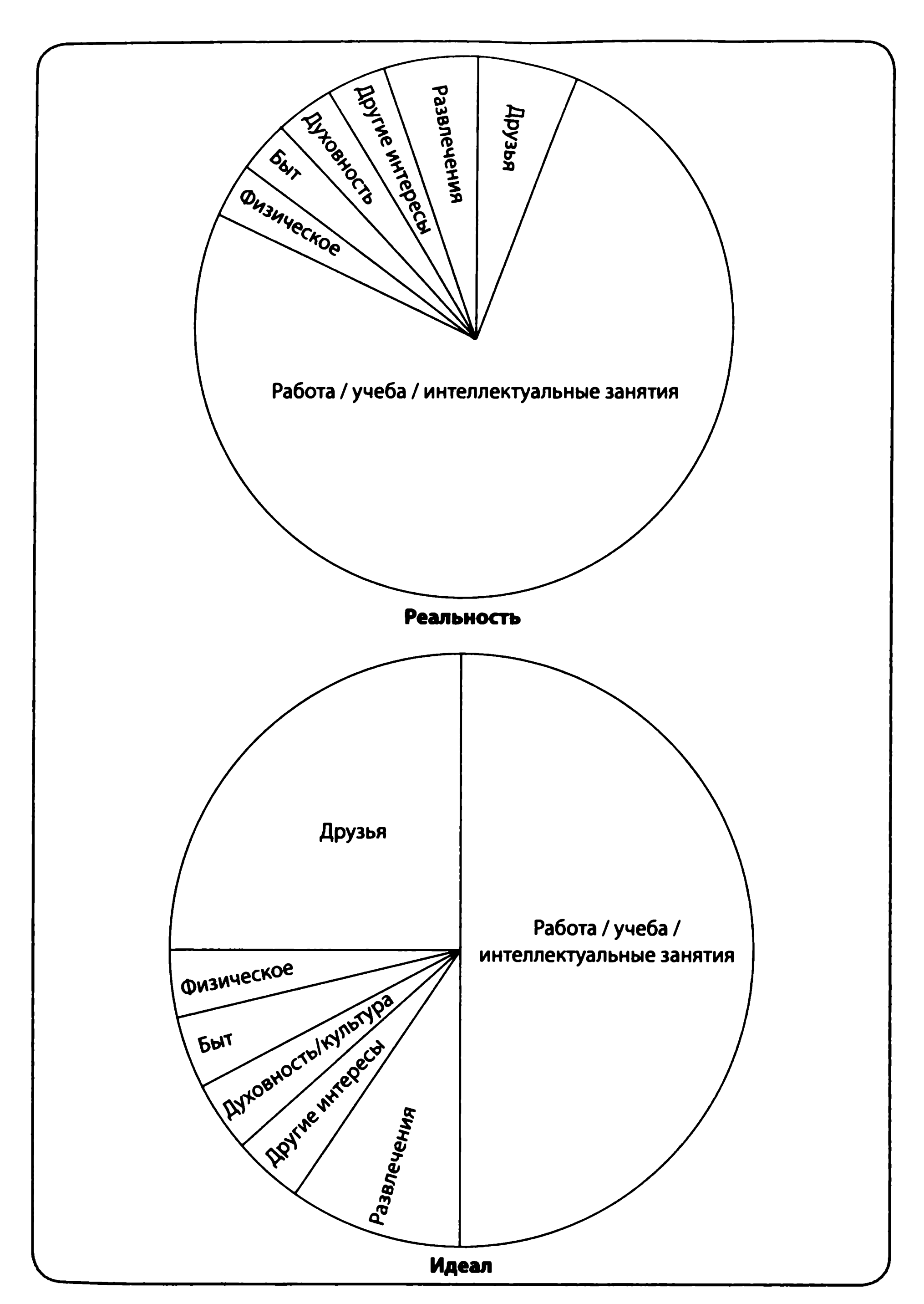



**Рис. 15.4.** Использование круговых диаграмм для постановки целей (техника «пирог»)

| | |
|---|---|
| Работа | Забота о своем здоровье |
| Друзья | Забота о быте |
| Развлечения | Забота о своей духовной/культурной/интеллектуальной жизни |
| Семья | |
| Другие интересы | |

Т. Можете нарисовать круг и разделить его на части, как пирог, — чтобы я примерно представила, сколько времени на данный момент вы тратите на каждую из этих сфер?

П. (*Выполняет задание.*)

Т. Хорошо. А теперь, что бы вам хотелось изменить — в идеале?

П. Ну... я бы хотела меньше работать... Наверное, больше времени уделять развлечениям... Чаще встречаться с друзьями, заниматься спортом, читать, все такое.

Т. Хорошо. И как бы выглядел ваш идеальный пирог?

П. (*Заполняет «идеальную» диаграмму.*) [выражает автоматическую мысль] Однако я боюсь, что, если буду меньше работать, добьюсь еще меньших результатов, чем теперь.

Т. Хорошо, давайте запишем это предсказание. Если вы окажетесь правы, то всегда сможете вернуться к нынешнему объему работы. Но вы можете и ошибаться. Возможно, если вы будете меньше работать и больше времени уделять приятным вещам, у вас улучшится настроение. А если улучшится настроение, то, возможно, вам станет проще концентрироваться и вы будете эффективнее работать. Как думаете?

П. Даже не знаю...

Т. В любом случае мы можем проверить ваше предсказание и посмотреть, что случится.

П. Что я могу сказать точно, так это что сейчас я не работаю максимально эффективно.

Т. Вполне может быть так, что, вернув гармонию в свою жизнь, вы станете получать больше положительных эмоций и начнете работать эффективнее, затрачивая меньше времени.

После подобного обсуждения имеет смысл перейти к рассмотрению конкретных предложений по наилучшему распределению времени.

## Распределение ответственности

Еще одна техника, позволяющая пациенту увидеть возможные причины того или иного исхода в графической форме (рис. 15.5).

Т. Салли, насколько вы убеждены в том, что получили за экзамен «удовлетворительно», потому что вы неспособная?
П. О, почти на сто процентов.
Т. Мне интересно, можно ли найти еще какие-то объяснения?
П. Ну... В тесте были вопросы, которые на занятиях не поднимались.
Т. Хорошо. Что-нибудь еще?
П. Я пропустила два занятия, поэтому мне пришлось одалживать конспект, а Лиза не слишком хорошо его ведет.
Т. Что-то еще?
П. Не знаю. Я много времени потратила на то, чтобы выучить материал, которого на экзамене вообще не было.
Т. Похоже, вам не повезло.
П. Нет, ведь я плохо выучила вопросы, которые *были* на экзамене. Я не угадала.
Т. Может, есть еще какие-то причины, почему вам не удалось получить оценку выше?
П. Хмм... Больше ничего не приходит в голову.
Т. А все остальные справились с тестом лучше?
П. Не знаю.
Т. Можно ли сказать, что тест был сложным?
П. Да, даже слишком.
Т. Можно ли сказать, что профессор отлично объяснил материал?
П. Нет, я бы так не сказала. В основном мне приходилось искать нужную информацию в учебниках. Пару раз я слышала, как другие ребята признавались, что не понимают, о чем говорит преподаватель.
Т. Интересно, а могли ли ваши депрессия и тревога повлиять на способность сконцентрироваться на тесте?
П. Безусловно, так и было.
Т. Хорошо. Давайте попробуем изобразить все это графически. Вот круговая диаграмма: разделите ее на куски, как пирог, — чтобы в ней были отражены все причины, из-за которых вы могли получить «удовлетворительно», в том числе: 1) профессор не очень хорошо объяснил; 2) тест был очень сложным; 3) вы не угадали, какой именно материал нужно учить; 4) человек, у которого вы одолжили конспект, не очень

хорошо его вел; 5) на экзамене были задания, которые на занятиях не обсуждались; 6) депрессия и тревога помешали сосредоточиться: 7) и, самое главное, вы неспособная.

П. (*Заполняет диаграмму* [рис. 15.5].)

Т. Получается, вы разделили диаграмму примерно на равные доли. Насколько теперь вы убеждены, что получили за экзамен «удовлетворительно» из-за того, что вы неспособная?

П. Меньше. Наверное, на 50 процентов.

Т. Хорошо. Это серьезное изменение.

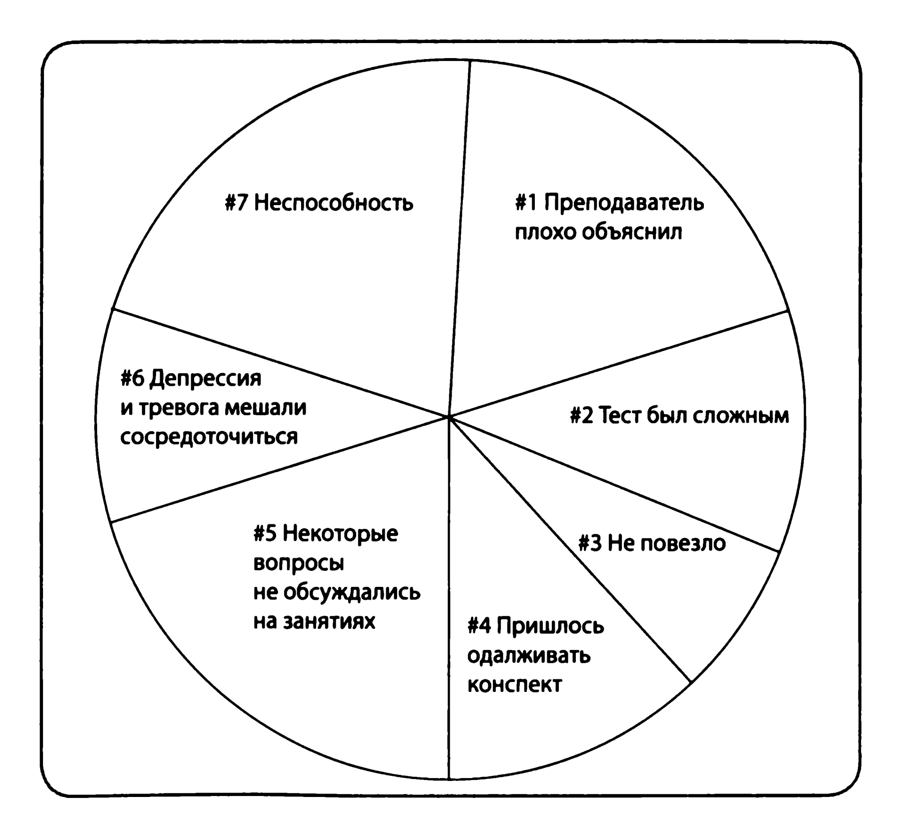



**Рис. 15.5.** График («пирог») возможных причин

Исследуя влияние альтернативных факторов на ситуацию, предлагайте пациентам оценивать дисфункциональные атрибуции (в данном случае убеждение «Я неспособная») в последнюю очередь, чтобы они действительно задумывались над всеми объяснениями.

# Сравнение с самим собой и списки достижений

Пациентам с психическими расстройствами свойственны негативные искажения при переработке информации, особенно той, что связана с оценкой самих себя. Они замечают негативную информацию и игнорируют, обесценивают и даже забывают позитивную. Кроме того, они часто проводят дисфункциональные сравнения: например, сравнивают себя сегодняшнего с собой до возникновения расстройства; себя реального и себя идеального; себя с другими людьми, не страдающими психическим расстройством. Из-за таких негативных искажений внимания дисфорическое настроение поддерживается и ухудшается.

## Изменение объектов, с которыми пациенты себя сравнивают

Ниже приведена стенограмма беседы, в ходе которой я помогла Салли отрефлексировать ее избирательное внимание к негативной информации и дисфункциональные сравнения. Затем я объяснила ей, как проводить более функциональные сравнения (с собой в самые тяжелые дни) и как вести список достижений.

Т. Салли, мне кажется, вы слишком самокритичны. Были ли какие-то достижения на прошлой неделе, за которые вы могли бы себя похвалить?
П. Ну, я закончила доклад по литературе.
Т. Что-то еще?
П. Больше ничего не приходит в голову.
Т. Думаю, вы не все заметили.
П. Не знаю.
Т. Например, сколько занятий вы посетили?
П. Все.
Т. На скольких вели конспект?
П. На всех.
Т. Это далось вам легко? Или нужно было заставлять себя сосредоточиться?
П. Это было непросто. Но должно было быть легко. Наверняка кроме меня никому не приходится так себя заставлять.
Т. Похоже, вы снова сравниваете себя с другими людьми. Вы часто так поступаете?
П. Думаю, да.
Т. А такое сравнение кажется вам честным? Вы бы так же себя критиковали, например, если бы у вас была пневмония и нужно было заставлять себя идти на занятия и сосредоточиваться?

П. Нет, тогда у меня была бы причина для усталости.

Т. Вот-вот. Интересно: а сейчас причины для усталости у вас нет? Может быть, вы *все же* заслуживаете похвалы за то, что заставляете себя учиться, как раньше? Помните, еще на первой встрече мы обсуждали симптомы депрессии: усталость, отсутствие энергии, рассеянное внимание, нарушения сна и аппетита и так далее?

П. Ага.

Т. Тогда, может быть, вы *заслуживаете* похвалы за то, что так стараетесь, несмотря на депрессию?

П. Я не думала об этом в таком ключе.

Т. Хорошо, тогда разберем два вопроса: что делать, когда вы сравниваете себя с другими, и как отслеживать достижения, за которые вы можете себя похвалить. Что происходит с вашим настроением, когда вы сравниваете себя с другими? Например, когда вы думаете: «Больше никому не приходится заставлять себя ходить на занятия и вести конспект»?

П. От этого у меня плохое настроение.

Т. А что изменится, если вы скажете себе: «Погоди-ка. Это неразумное сравнение. Лучше сравнивать себя с самой собой, когда я находилась в самом плохом состоянии, когда большую часть времени проводила в комнате и вообще не могла сосредоточиться ни на чем»?

П. Тогда я пойму, что сейчас делаю больше, чем тогда.

Т. И ваше настроение ухудшилось бы?

П. Нет, скорее улучшилось.

Т. Попробуете сравнивать себя с собой подобным образом на следующей неделе?

П. Ага.

Т. Хорошо. Тогда внесем этот пункт в список заданий: «Отслеживать, когда я сравниваю себя с другими людьми, у которых нет депрессии. Затем напоминать себе, что это неразумно, и сравнивать себя с самой собой в самые тяжелые минуты».

Далее, у пациентов могут возникать автоматические мысли, в которых они сравнивают себя с идеальными представлениями о себе (например: «Я должна была легко справиться с этой главой») или с собой до наступления депрессии (например: «Раньше это давалось мне легко»). В таком случае помогите им перенести внимание на результаты, которых им удалось достичь, по сравнению с самыми сложными периодами, и не думать о том, как далеко они находятся от своих лучших периодов жизни и как много еще предстоит наверстать.

Т. Похоже, вы очень расстраиваетесь, когда сравниваете себя с другими людьми и с идеальным образом себя. Мне кажется, в такие минуты полезно

вспоминать о списке целей и о том, как мы вместе продумывали план достижения нужных изменений. Как изменится ваше настроение, если вы напомните себе о нашей совместной работе? О том, как мы продумали путь, который вам предстоит проделать, чтобы добиться своих целей?

## Списки достижений

Списки достижений — это простое перечисление (устное либо письменное) ежедневных положительных действий, за которые пациент может себя похвалить (см. рис. 15.6). Как и при применении любых других техник, вам нужно сначала предложить пациенту обоснование.

(Хорошие вещи, которые я сделала, хотя не все они дались мне легко.)

1. Попробовала следить за мыслью преподавателя на занятии по статистике.
2. Закончила доклад и отправила его [профессору].
3. Заговорила с Джули за обедом.
4. Позвонила Джереми и уточнила задание по химии.
5. Вместо того чтобы лечь спать днем, вышла на пробежку.
6. Прочитала пятую главу учебника по экономике.

**Рис. 15.6.** Список достижений Салли

Т. Салли, я хочу рассказать о домашнем задании, которое, как мне кажется, будет вам полезно. Мы уже обсуждали, что вы много критикуете себя. Что происходит с вашим настроением, когда вы думаете: «Я должна была справиться лучше» или «У меня ничего не получилось»?

П. Оно ухудшается.

Т. Так. Как вы считаете, что изменилось бы, если бы вы научились замечать больше *хорошего*?

П. Наверное, я почувствовала бы себя лучше.

Т. В таком случае как вы думаете, разумно ли было бы *мне* хвалить *себя*, если бы у меня была пневмония или депрессия, но я все равно каждое утро вставала и приходила на работу, встречалась с пациентами, писала письма и тому подобное?

П. Конечно.

Т. Даже если бы я делала все это чуть хуже, чем обычно?

П. Ну да.

Т. Потому что, вообще-то говоря, я могла бы залезть под одеяло и ничего не делать.

П. Да.
Т. А можно ли то же самое сказать о вас? Заслуживаете ли *вы* похвалы за то, что стараетесь, несмотря ни на что?
П. Наверное.
Т. Мне кажется, вам сложно будет не забыть хвалить себя по окончании сессии. Поэтому я предлагаю задание: вести список вещей, за которые можно себя похвалить. Что вы об этом думаете?
П. Можно попробовать.
Т. (*Начинает выполнение задания на сессии.*) Давайте попробуем начать прямо сейчас, если вы не возражаете. Может быть, назовем это «списком достижений»? Или как-то еще?
П. Список достижений пойдет.
Т. Хорошо. Просто записывайте все свои хорошие поступки. Или же вносите в него ответы на вопрос: «Что из того, что я сегодня сделала, было немного сложно, но я все равно справилась?»
П. Хорошо. (*Записывает инструкцию.*)
Т. Начнем с сегодняшнего дня. Что вы уже сделали за сегодня?
П. (*Отвечает и записывает.*) Надо подумать... Я пошла на занятие по статистике. Слушать преподавателя было сложно, но я старалась... Я закончила доклад и отправила его профессору... Я поговорила с подругой соседки, которая с нами обедала...
Т. Отличное начало. Как думаете, вы сможете выполнять это упражнение каждый день?
П. Смогу.
Т. Мне кажется, будет проще записывать сделанное сразу. Однако если не получится, старайтесь пополнять список хотя бы за обедом, ужином и перед сном. У вас получится?
П. Да.
Т. Может быть, имеет смысл записать, *зачем* вы выполняете это задание?
П. Нет. Я и так знаю. Благодаря ему я смогу сосредоточиться на хорошем и буду лучше себя чувствовать.

Если вы предложите пациентам заполнять списки достижений уже на ранних этапах лечения, позже им будет проще находить положительную информацию для заполнения бланка работы с глубинными убеждениями (см. главу 11).

*Резюме.* Существует огромное количество когнитивных и поведенческих техник; в этой книге описаны самые распространенные. Читателям настоятельно рекомендуется изучать другие источники информации и пополнять свой терапевтический репертуар.

# Образные представления

Автоматические мысли многих пациентов выражаются не только в словесной, но и в образной форме (Beck & Emery, 1985). У Салли возникала мысль «[Мой сокурсник] подумает, что я навязываюсь, если я попрошу его [дать конспект]». Задав несколько наводящих вопросов, я выяснила, что одновременно с мыслью в воображении Салли возникал визуальный образ: она представляла себе раздраженный взгляд сокурсника. Это была автоматическая мысль в виде образа.

В этой главе рассказано, как обучать пациентов выявлять спонтанные образы и как проводить терапевтическую работу со спонтанными и намеренно вызванными образами. Хотя визуальные образы возникают у многих пациентов, мало кто о них сообщает. Даже расспросы не всегда помогают сразу их выявить. Как правило, образы возникают на очень короткое время и сильно расстраивают пациентов, поэтому те довольно быстро вытесняют их из сознания. Неспособность выявлять расстраивающие образы и верно реагировать на них может привести к постоянному дистрессу.

## Выявление образов

Вы должны быть готовы к тому, что автоматические мысли пациентов могут возникать в форме образов, причем мало кто из них скажет об этом. Более того, у многих возникнут трудности с их выявлением даже после ваших напоминаний. Ниже приведена стенограмма беседы, в ходе которой я выясняю, возникали ли у Салли образы одновременно с вербальными автоматическими мыслями.

Т. Значит, вы подумали: «Я не смогу справиться с подработкой» — и почувствовали грусть?

П. Да.

Т. А когда у вас возникла эта мысль, сопровождалась ли она каким-нибудь изображением?
П. Не совсем понимаю, что вы имеете в виду.
Т. Мелькнуло ли у вас в мозгу изображение, связанное с мыслью «не справлюсь с подработкой»?
П. Наверное, я представила себе, как поздно вечером возвращаюсь в общежитие разбитой и уставшей.
Т. Что-то еще?
П. Я иду очень медленно, совсем вымотанная, у меня очень тяжелый рюкзак.
Т. Хорошо. Это изображение мы и будем называть вашим образом.

Иногда пациентам сложно понять, что подразумевает терапевт, если тот употребляет только слово «образ». Используйте и синонимичные выражения, такие как мысленная картина, грезы, фантазия, воображение, воспоминания. Если бы Салли не смогла описать образ, я бы использовала один из синонимов. Или помогла бы ей создать этот образ (если бы целью сессии было распознавание образов). Я могла бы вызывать нейтральный или положительный образ («Опишите, как выглядит ваш дом» или «Представьте себе, как входите в это здание. Что вы видите?»). Или я могла бы попробовать вызвать образ, связанный с болезненной ситуацией, как в приведенном ниже примере.

Т. Представляли ли вы себе, как поведет себя профессор, когда вы попросите его помочь вам? Выглядел ли он довольным?
П. Мне кажется, я не думала о том, как он будет выглядеть.
Т. (*Помогает Салли конкретизировать.*) А можете представить себе его сейчас? Как поднимаетесь в его кабинет? Когда вы к нему подойдете?
П. О, наверное, в четверг. У него консультационные часы.
Т. То есть он будет в своем кабинете?
П. Да.
Т. А в каком здании находится его кабинет?
П. В Беннет-Холл.
Т. Хорошо, тогда представьте себе: сегодня четверг и вы заходите в Беннет-Холл... Подходите к кабинету профессора... Представляете? Дверь в кабинет открыта или закрыта?
П. Закрыта.
Т. Хорошо. Вы стучитесь. Что он отвечает?
П. Он говорит: «Войдите». (*Изображает недовольный голос профессора.*)

Т. Отлично. Представьте себе, как входите в кабинет. Какое у него выражение лица?
П. Он хмурится.
Т. Что происходит дальше? (*Мы с Салли исследуем этот образ до точки максимального эмоционального напряжения.*) Хорошо. Сцену, которую вы только что себе представили, можно назвать «образом» ситуации. Как вам кажется, возникал ли такой мысленный образ, когда на той неделе вы хотели обратиться к нему за помощью?
П. Может быть... не знаю.
Т. Может, в качестве домашнего задания попробуете отслеживать образы, которые возникают одновременно с автоматическими мыслями, когда вы расстраиваетесь?
П. Хорошо.

## Что рассказывать пациентам об имагинации

Некоторые пациенты распознают возникающие образы, но не рассказывают о них, потому что они слишком яркие и болезненные. Они не хотят снова пережить дистресс или боятся, что вы посчитаете их психически больными. Если, на ваш взгляд, пациенту свойственны подобные опасения, объясните ему, что возникновение подобных образов — нормальное явление.

Т. Я не знаю, Салли, *возникают ли* у вас такие образы или нет. У большинства людей они есть, но обычно проще заметить связанную с ними эмоцию, чем сами образы. Иногда эти образы бывают довольно странными, грустными, пугающими, даже жестокими — но это нормально. Проблема с ними может быть только одна: если *вы сами* считаете себя из-за них странной. Попробуйте вспомнить, возникали ли у вас в последнее время какие-либо образы?
П. Вроде нет.
Т. Как мы договорились, на будущей неделе вы попробуете отслеживать резкое ухудшение настроения и связанные с ним образы. Если окажется, что у вас есть пугающие образы, я расскажу, что с ними делать.

Когда вы нормализуете образы для пациентов и разъясняете их природу, вы увеличиваете вероятность того, что им удастся выявить эти образы. В предыдущей стенограмме я упомянула, что Салли научится реагировать на образы, подразумевая, что она обретет контроль над своим дистрессом.

Нужно терпеливо обучать пациентов выявлять образы до тех пор, пока они не смогут делать это самостоятельно. Как правило, сначала пациенты

просто не осознают наличие у себя этих образов, и многие терапевты, после нескольких безуспешных попыток, сдаются. Если у вас всплыл в сознании визуальный образ, когда пациент описывал ситуацию, используйте его в качестве подсказки в работе с образами пациента.

Т. Вы сейчас рассказали, что опасаетесь того, как отреагирует ваша соседка, и я очень ярко *себе* ее представила, хотя мы и незнакомы. А вы представляли, как она будет выглядеть, когда вы попросите ее меньше шуметь?

## Как реагировать на спонтанные образы

Если у пациента есть болезненные образы, вы можете обучить его нескольким стратегиям. Первые семь техник помогают пациентам уменьшить дистресс, посмотрев на ситуацию по-новому; последняя техника предлагает временную «передышку» за счет отвлечения внимания. Важно рекомендовать пациентам практиковать эти техники на сессиях и между ними — это необходимое условие для их эффективности.

### Доведение образов до завершения

Как правило, именно эта техника приносит наибольшую пользу. Она помогает лучше концептуализировать проблему, когнитивно реструктурировать образ, облегчить симптоматику. Пациенту нужно под вашим руководством визуализировать спонтанный образ до тех пор, пока не случится одно из двух: либо он представит себе, как преодолел кризис и почувствовал себя лучше; либо фантазия завершится катастрофой, например смертью. (В таком случае вам нужно изучить пугающие пациента последствия, значение катастрофического события и продолжить вмешательство.) Ниже приведена стенограмма, которая иллюстрирует первый вариант: пациентка представила себе, как ей удалось справиться с проблемой.

Т. Хорошо, Салли, вы можете снова вызвать в памяти этот образ? Опишите мне его как можно подробнее.

П. Я в аудитории. Профессор принимает экзамен. Я смотрю на свое задание. И вообще все забываю. Читаю первый вопрос. Ничего не понимаю. Все остальные что-то пишут. Я думаю: «Меня что, парализовало? Я завалю экзамен».

Т. И вы чувствуете?..

П. Тревогу, очень сильную тревогу.

Т. Что-то еще происходит?
П. Нет.
Т. Понятно. (*Проводит психологическое просвещение.*) Это очень распространенный образ. Обратите внимание: он прерывается на самом *страшном* моменте, когда вы понимаете, что все забыли, и вам кажется, будто вас парализовало. Теперь я предлагаю вам представить, что произойдет дальше.
П. Ну, я не знаю.
Т. Вы будете сидеть так целый час?
П. Нет, вряд ли.
Т. Попробуйте представить, что случится потом?.. Если вы сидите и смотрите на других студентов, крутите головой, вы парализованы?
П. Нет, наверное.
Т. Что происходит затем?
П. Я снова смотрю на задание. Не могу сосредоточиться.
Т. И что потом?
П. Я моргаю. Первый вопрос вообще не понимаю.
Т. Хорошо, что дальше?
П. Перехожу к следующему вопросу. Не уверена в ответе.
Т. Затем?
П. Я так и пропускаю вопросы, пока не нахожу тот, на который могу ответить.
Т. И что потом?
П. Наверное, пишу ответ.
Т. Можете представить, как записываете ответ?
П. Да.
Т. Хорошо. Что происходит дальше?
П. Я продолжаю искать вопросы, на которые могу ответить.
Т. А потом?
П. Я возвращаюсь к первым вопросам, пытаюсь хоть как-то на них ответить.
Т. Хорошо. Дальше?
П. В конце концов, я отвечаю на все вопросы, которые хоть как-то поняла.
Т. А потом?
П. Сдаю экзаменационный лист.
Т. А потом?
П. Иду на следующее занятие, наверное.
Т. А потом?
П. Сажусь на свое место, достаю нужную тетрадь.
Т. Какие эмоции вызывает у вас этот образ теперь?
П. Все еще немного тревожит. Я не знаю, как справилась с экзаменом.

Т. И все же это лучше, чем сначала, когда вам казалось, что вы парализованы и ничего не помните?

П. Да, по сравнению с этим — намного лучше.

Т. Хорошо. Подведем итог тому, что вы сделали. Сначала вы выявили беспокоящий вас образ, который обрывался на самом страшном месте. Затем вы стали представлять себе наиболее реалистичное развитие событий до тех пор, пока ваше самочувствие не улучшилось. Эту технику принято называть «доведением образа до завершения» (*пауза*). Как вы думаете, может эта техника вам пригодиться?

В данном случае пациентка легко определила, какой вариант развития событий наиболее реален. Однако иногда терапевту приходится модифицировать предлагаемые пациентом описания.

Т. Попробуйте представить, что случится потом?.. Если вы сидите и смотрите на других студентов, крутите головой, вы парализованы?

П. Не знаю. Мне *кажется*, что я парализована.

Т. А что происходит дальше?

П. Не знаю. Я просто сижу как парализованная.

Т. Вы хотите вообразить, как вы двигаетесь: ерзаете на стуле, делаете глубокий вдох, смотрите в окно? Представили?

П. Да.

Т. Может быть, вам хочется немного помассировать шею или потянуться, чтобы немного расслабиться?

П. Да.

Т. Хорошо. Теперь вы готовы просмотреть вопросы теста и поискать среди них знакомые, ответы на которые вам известны?

П. Смогу, да.

Т. Что вам представляется дальше?

П. Я нахожу вопрос полегче.

Т. И что бы вы хотели, чтобы произошло потом?

В данном случае я привнесла в образ Салли новые элементы, чтобы она смогла «пошевелиться». Я также несколько раз спросила, что пациентке *хочется* представить. В этом ключе я продолжала действовать, пока пациентка не смогла продолжить сама.

Как уже упоминалось выше, иногда пациенты представляют себе катастрофический сценарий. В таком случае терапевт задает вопросы, чтобы определить значение катастрофы и проводить вмешательство с учетом этого. Эту ситуацию я проиллюстрирую на примере другой пациентки, Мари.

Т. Хорошо, Мари, значит, вы представляете себе, что находитесь в машине и она начинает катиться к ограждению моста. Вообразите этот образ как можно яснее. Что происходит дальше?
П. Машина все ближе. Она разбивает ограждение. (*Тихо плачет.*)
Т. (*Мягко.*) Что происходит дальше?
П. (*Плачет.*) Машина вся покорежена.
Т. (*Мягко.*) А вы?
П. (*Плачет.*) А я умерла.
Т. Что происходит дальше?
П. Не знаю. Дальше я не могу представить. (*Продолжает плакать.*)
Т. Мари, я думаю, будет полезно, если мы зайдем немного дальше. Что самое ужасное в том, что вы погибнете в автокатастрофе?
П. Мои дети останутся без мамы. Им будет так плохо... (*Плачет сильнее.*)
Т. (*Ждет некоторое время.*) Вы можете себе их представить?

В данном примере доведение образа до завершения пошло по катастрофическому сценарию. Я продолжила мягко задавать вопросы, чтобы понять его значение для пациентки. Ниже будет описано, как использовать метод дистанцирования при работе с подобными образами. В данном случае удалось выявить у пациентки еще один образ: ее дети на похоронах, раздавленные горем. И снова образ прерывался на самом неприятном моменте. (На с. 332–333 показано, как терапевт помогает пациентке представить, как ее детям в будущем становится намного лучше.)

*Резюме*. При доведении образа до завершения возможны два варианта развития событий. В первом случае проблема постепенно разрешится, и пациент почувствует облегчение. Во втором случае проблема усугубится, вплоть до катастрофы, и вы спросите пациента о том, что значит для него худшая часть образа, вскрыв новую проблему. Затем вы можете помочь пациенту вызвать копинг-образ, описанный далее в этой главе.

## Скачок в будущее

Иногда доведение образа до завершения оказывается неэффективным: пациент представляет себе все больше препятствий или пугающих событий, и конца им не видно. В таком случае вы можете предложить пациенту представить себя в недалеком будущем.

Т. (*Обобщает.*) Значит, Салли, представляя себе, как вы начинаете готовить доклад, вы думаете о том, как будет сложно, сколько усилий придется

приложить, как много возникнет проблем. Но если рассуждать реалистично, как думаете, в конце концов вам удастся его написать?

П. Да, скорее всего. Но возможно, мне придется долго работать днями и ночами.

Т. Попробуйте перенестись в будущее и представить, что вы закончили доклад. Как вы себе это представляете? Что происходит?

П. Ну, я представляю, как перечитываю его, редактирую в последний раз. А затем отправляю профессору.

Т. Минуточку. Можете вообразить себе это в подробностях?

П. Хорошо. Вот я сижу за столом в своей комнате. Сейчас два часа ночи. Глаза закрываются, но я возвращаюсь на первую страницу и все перечитываю. Нахожу несколько ошибок, исправляю, затем сохраняю документ. Открываю электронную почту и посылаю доклад профессору.

Т. Какие эмоции вызывает этот образ теперь?

П. Облегчение... как будто камень с души. Мне легче.

Т. Хорошо. Подведем итог тому, что мы только что сделали. У вас был образ себя, сидящей над докладом, и чем больше вы углублялись в эту фантазию, тем больше видели проблем и тем сильнее тревожились. Затем вы совершили скачок в будущее и представили, как его закончили. Предлагаю записать эту технику «скачок в будущее», чтобы вы могли практиковать ее дома.

## Копинг-образ

Эта техника направляет пациентов таким образом, чтобы они продумали копинг-стратегии для ситуации, которую спонтанно визуализировали.

Т. (*Обобщает.*) Значит, у вас возник образ того, как вы входите в библиотеку [начальной школы] с одним из учеников, с которым занимаетесь бесплатным репетиторством, и чувствуете себя в полной растерянности? А затем ребенок начинает шуметь, и вы понимаете, что не можете его контролировать?

П. Да.

Т. Еще раз уточню: образ оборвался на самом неприятном моменте?

П. Да, наверное.

Т. Предлагаю еще раз подробно разобрать образ, попутно решая возникающие проблемы.

П. Ну, сначала ребенок открывает дверь в библиотеку. Наверное, я говорю ему: «Ш-ш-ш, идет занятие».

Т. А что потом?
П. Он направляется к книгам.
Т. И вы...
П. Наверное, я беру его за руку и веду за стол.

Так мы продолжали обсуждение до тех пор, пока пациентка не справилась с образом. При необходимости вы можете задавать наводящие вопросы, чтобы помочь пациенту найти решение. («Хочется ли вам представить, что..?») Кроме того, предложите пациенту представить, как он применяет инструменты, усвоенные на терапии: например, перечитывает копинг-карточки, контролирует дыхание или проговаривает самоинструкции.

## Изменение образа

Эта техника обучает пациентов по-новому представлять спонтанные образы, меняя их финал для снижения дистресса. Изменения могут быть как реалистичными, так и «волшебными».

П. Сегодня утром я думала о весенних каникулах. Я не смогу поехать домой. Придется остаться здесь. Это меня очень расстроило.
Т. Возник ли у вас образ: как это будет?
П. Я представляла, как буду сидеть за столом, одна в комнате, разбитая, мне будет очень плохо.
Т. Что-то еще?
П. Нет, только что все очень тихо. Общежитие вымерло.
Т. И из-за этого образа вы чувствуете себя...
П. Грустной. Очень грустной.
Т. Салли, вы не обязаны быть во власти этого образа. Вы можете менять его как захотите. Вообразите себя режиссером фильма: только вам решать, как будет развиваться сюжет. Можете даже придумать волшебные изменения... что-нибудь, что в действительности не может произойти. Или реалистичные изменения.
П. Не уверена, что понимаю, как это сделать.
Т. Хорошо, представьте: вот вы сидите за столом. Что вам хочется, чтобы случилось дальше?
П. Чтобы мне позвонила лучшая подруга... Или чтобы оказалось, что в общежитии остались другие люди, и кто-то постучал в дверь и мы вместе пошли ужинать.
Т. Еще какие-нибудь сценарии?

П. Я вспоминаю, что планируется какое-то мероприятие, вроде игры в софтбол, и иду смотреть. Или принимаю в ней участие.

Т. Эти варианты развития событий намного лучше. Как думаете, как бы вы себя почувствовали, если бы все это представили?

П. Лучше. Но откуда я знаю, как все будет?

Т. Ну, во-первых, никто из нас не может гарантировать, что в конце концов вы не будете в слезах сидеть за столом в одиночестве. Но мы *знаем*: если сейчас вы будете *представлять* себе именно это, вам станет грустно. Во-вторых, мы можем обсудить, как повысить вероятность «счастливой развязки». Что можно сделать, чтобы подруга позвонила вам? Или чтобы кто-то постучался в дверь? Или чтобы запланировать какое-то мероприятие?

Изменение образа может привести к продуктивному обсуждению и решению проблем.

Для некоторых образов лучше подходят «волшебные» изменения: они уменьшают дистресс и позволяют пациентам действовать более продуктивно.

Т. (*Обобщает ситуацию, используя слова Салли.*) Значит, вы представили себе, как профессор нависает над вами, хмурится, грубо разговаривает, топает ногой, властно себя ведет, и этот образ вызывает сильную тревогу?

П. Да.

Т. Хотели бы вы изменить этот образ? Представить профессора как-то по-другому?

П. Как?

Т. Не знаю... Профессор здесь напоминает мне трехлетку, устроившего истерику. Можете представить, как он уменьшается в размерах, но продолжает хмуриться и топать ногой?

П. (*Улыбается.*) Да.

Т. Опишите его подробно. (*Пациентка так и делает.*) И как вы чувствуете себя теперь? Тревога такая же сильная?

П. Нет, уже слабее.

Т. Вы достаточно успокоились, чтобы пойти и договориться с ним о встрече?

П. Думаю, да.

Т. Хорошо, подведем итог сделанному. Мы начали с вашего образа профессора. Он вызывал такой стресс, что вы не могли сделать нужное — договориться с ним о встрече. Затем вы взяли этот образ под контроль: изменили его таким образом, что тревога уменьшилась и вам хватило смелости к нему подойти. Мы называем эту технику «изменением образа».

## Проверка образа на реалистичность

Здесь вы обучаете пациентов рассматривать образы как вербальные автоматические мысли, используя стандартный сократовский диалог.

Т. Значит, у вас возник образ того, как я хмурюсь и неодобрительно смотрю на вас из-за того, что вы выполнили только часть домашней работы?
П. (*Кивает.*)
Т. Какие есть доказательства того, что я буду хмуриться и неодобрительно смотреть? А доказательства обратного?

В другой ситуации я научила Салли сравнивать спонтанный образ с тем, что происходит в реальности.

П. Вчера вечером я допоздна засиделась в библиотеке, и у меня в голове возник образ: будто в здании вообще никого не осталось, а мне вдруг стало плохо и вокруг не было никого, кто мог бы мне помочь.
Т. Действительно ли в библиотеке на тот момент вообще никого не было?
П. Нет. Она скоро должна была закрыться, но кое-кто еще занимался.
Т. Хорошо. В следующий раз, когда вы спонтанно представите себе, что вот-вот произойдет, вы можете проверить, соответствует ли образ реальности. Спросите себя: «Действительно ли все ушли из библиотеки? Действительно ли мне плохо прямо сейчас?» Если бы вчера вечером вы знали про такой прием и применили его, как он повлиял бы на ваше настроение?
П. Я бы нервничала не так сильно.

В целом при работе с образами предпочтительнее использовать имагинативные техники, а не описанные в этом разделе вербальные. Однако если у пациента возникают яркие болезненные образы, лучше использовать разнообразные техники, в том числе и вербальную технику проверки на реалистичность.

## Повтор образа

Техника повтора особенно полезна тем пациентам, которые представляют себе слишком экстремальные исходы. Предложите им снова и снова проигрывать в воображении первоначальный образ, замечая, меняется ли образ и связанный с ним уровень дистресса. Благодаря этому некоторые

пациенты автоматически проверяют образ на реалистичность, и каждое последующее воспроизведение образа выглядит все реалистичнее, а настроение улучшается.

Т. Значит, Салли, вы представили себе, как попросили профессора продлить срок сдачи работы, а он разозлился, начал на вас кричать и махать перед лицом руками со словами: «Да как вы смеете?! Вы же знали, когда нужно закончить!!! Вон из кабинета!»
П. Да.
Т. Не могли бы вы вообразить это еще раз? Начинайте точно так же. Посмотрим, что получится.
П. (*Закрывает глаза.*)
Т. Представили? Что вы увидели?
П. Он был недоволен. Кричал на меня, сказал, чтобы я уходила.
Т. На этот раз он так же махал руками прямо у вас перед лицом?
П. Нет. Он стоял, оперевшись руками на стол.
Т. Хорошо, теперь проделайте то же самое еще раз.

Я просила Салли повторить ситуацию три-четыре раза. После последнего повтора образ сильно изменился: профессор откинулся на спинку стула, раздраженно посмотрел на Салли, неприветливо сказал «Нет», но его образ больше не казался угрожающим. Тревога Салли значительно снизилась.

## Замена образов

Техника замены неприятных образов приятными уже многократно описывалась в других источниках (например, Beck & Emery, 1985). Пациентам стоит применять ее регулярно, чтобы уменьшить дистресс, вызванный спонтанными образами.

Т. Салли, еще один способ избавиться от расстраивающего вас образа — это заменить его на более приятный. Некоторым нравится представлять, будто образ, который их беспокоит, — это просто изображение на экране телевизора. Затем можно вообразить, как вы переключаете канал и там показывают другие сцены: как вы лежите на пляже, идете по лесу, — или, например, переключиться на какое-то приятное воспоминание. Попробуете эту технику? Для начала нужно представить себе приятную сцену как можно подробнее, постараться задействовать все органы чувств; а потом мы потренируемся переключаться с неприятного образа на приятный. Подумайте, какой приятный образ вам хотелось бы представить?

## Образы как терапевтический инструмент

Иногда пациентам полезнее ***вызывать*** образы, а не реагировать на их спонтанное возникновение. Один из таких примеров — скрытая репетиция для обнаружения препятствий, затрудняющих выполнение домашнего задания (с. 336–338). Три другие техники вызова образов описаны далее.

### Репетиция копинг-техник

В данном случае ваша задача — дать пациентам возможность в воображении отработать применение копинг-стратегий. Техника отличается от копинга образа тем, что здесь вы вызываете образ, а не просите пациента представить себе, как бы он справился со спонтанным образом.

Т. Итак, вы считаете, что выступление перед однокурсниками с докладом дастся вам нелегко.
П. Да.
Т. Как думаете, когда тревога начнет расти?
П. Когда проснусь.
Т. И о чем вы будете думать?
П. Я что-нибудь напутаю. Я представляю себе, как запинаюсь, мямлю и не могу толком ничего рассказать.
Т. Уже на занятии?
П. Да.
Т. Хорошо. И что вы будете в таком случае делать?
П. Скажу себе расслабиться. Напомню, что я много репетировала.
Т. А потом?
П. Постараюсь контролировать дыхание. Это помогает немного расслабиться.
Т. Вы можете представить, как делаете это?
П. Да.
Т. Что происходит дальше?
П. Мне становится немного легче, но я все равно слишком нервничаю, чтобы завтракать. Я принимаю душ, одеваюсь и собираюсь выходить.
Т. О чем вы при этом думаете?
П. Что если я буду нервничать все больше и больше?
Т. Может, попробуете представить, как перечитываете копинг-карточки [которые мы сделали незадолго до того] по дороге на занятие? Представляете, как достаете и перечитываете их?

П. Да... Наверное, это немного поможет.
Т. Когда будете подходить к аудитории, постарайтесь «перенестись в будущее», представить, будто вы уже закончили доклад, сидите и слушаете, как отвечает кто-то другой... Как вы чувствуете себя теперь?
П. Мне чуть легче. Я все еще волнуюсь, но уже не так сильно.
Т. Хорошо, а теперь вы входите в аудиторию. Что происходит? Что вы делаете?

Пациентка продолжает подробно представлять, как реалистично справляется с ситуацией. Затем она записывает техники, которые, на ее взгляд, помогут.

## Дистанцирование

Дистанцирование — еще одна имагинативная техника, при которой пациенты вызывают образ для ослабления дистресса и изменения точки зрения на проблему. Далее показано, как я помогла Салли понять, что ее трудности не будут длиться вечно.

Т. Салли, я знаю, сейчас вам кажется, что надежды нет, и вы считаете, будто ваши проблемы никогда не кончатся. Как думаете, будет ли вам полезно представить, что этот сложный период остался позади?
П. Наверное. Но это будет сложно.
Т. Посмотрим. Можете представить себя через год?
П. Хорошо.
Т. Какой будет ваша жизнь?
П. Не знаю. Сложно так далеко загадывать.
Т. Хорошо, давайте конкретнее. Во сколько вы просыпаетесь? Где находитесь?
П. Наверное, я просыпаюсь в 8:00 или 8:30. Наверное, живу в квартире, не в общежитии.
Т. Вы в квартире одна?
П. Возможно, снимаю квартиру с другими студентами, с которыми мы вместе учимся. Мы обсуждали возможность переезда.
Т. Хорошо. Вы проснулись. Что дальше?
П. Наверное, я спешу на занятия. Мне придется тратить больше времени, если я съеду из общежития.
Т. Вы увидитесь с соседями прежде, чем уйдете? Поедете на занятия одна или с кем-то из них?
П. Не знаю.

Т. Это же ваша фантазия. Вы решаете сами.
П. Наверное, я пойду с кем-то из них.
Т. О чем вы будете разговаривать по дороге? Или дойдете молча?
П. Нет, мы будем обсуждать учебу и знакомых. Что-нибудь такое.
Т. А что потом?
П. Я приду на занятие.
Т. Оно будет проходить в большой аудитории, как и лекции в этом году?
П. Нет, вряд ли. В следующем году аудитории будут поменьше.
Т. Как вы хотите себе представить происходящее в аудитории? Вы разговариваете с другими или больше молчите?
П. Надеюсь, к тому времени я буду уже многих знать. Буду чувствовать себя комфортнее. Наверное, все равно буду молчаливая, но и участвовать в происходящем буду больше.
Т. Какие чувства у вас вызывает этот образ?
П. Хорошие.
Т. Как насчет того, чтобы продолжить работу с этим образом дома? Тогда каждый раз, поймав себя на мысли «Это никогда не закончится», вы сможете переключиться на этот образ и посмотреть, повлияет ли он на ваше настроение.
П. Я попробую.
Т. Как думаете, это только сила позитивного мышления? Или вы действительно можете что-то сделать, чтобы все случилось именно так? На самом деле, вы ведь уже и делаете, верно?
П. И правда.

Другая техника дистанцирования помогает пациенту справиться с образами последствий катастрофы. Мари, описанная ранее, боится, что горе оставит неизгладимый след в жизни ее детей. Терапевт помогает ей представить реалистичный уровень их переживаний в разные периоды времени — не только сразу после автокатастрофы. (Эта техника похожа на «скачок в будущее»; хотя в данном случае проходят *годы*, а не минуты, часы и дни.)

Т. Мари, как вы думаете, кто расскажет детям о вашей смерти?
П. Мой муж.
Т. Представьте, как он это делает?
П. (*Плачет.*) Он обнимает их. И говорит: «Произошел несчастный случай. Мамы больше нет».

Т. А потом?
П. Сначала они ему не верят. Начинают плакать, говорят: «Нет, не правда. Хочу к мамочке».
Т. Им плохо?
П. Да, очень плохо.
Т. (*Ждет некоторое время.*) Попробуйте перенестись в ближайшее будущее. Прошло полгода. Что происходит? Можете представить своих детей через полгода?
П. Они в школе. Очень грустные. Потерянные. Опустошенные.
Т. Им все еще очень плохо?
П. Да.
Т. Давайте заглянем еще на два года вперед. Сколько им будет лет?
П. Мелиссе будет 8. Линде 7.
Т. Что они делают?
П. Играют во дворе нашего дома. Не думаю, что муж переедет.
Т. Во что они играют?
П. Прыгают на скакалке с соседскими детьми.
Т. Как они себя чувствуют?
П. Нормально, когда не думают обо мне.
Т. А когда думают?
П. (*Глаза наполняются слезами.*) Иногда плачут. Они не могут понять, почему все это случилось.
Т. Им так же тяжело, как сразу после вашей смерти?
П. Нет, теперь уже немного легче.

Терапевт мягко проводит Мари через образы того, что будет происходить через 5, 10 и 20 лет после ее воображаемой смерти. Выполняя это упражнение, Мари осознает, что первоначальная скорбь, которую будут испытывать ее дети, постепенно сменится на краткие периоды грусти и горя, с которым в конечном счете девочки обязательно справятся. Подробно представляя, как ее дочки вырастают и создают собственные семьи, Мари добилась значительного снижения страха погибнуть в автокатастрофе.

## Уменьшение воспринимаемой угрозы

Третий тип вызываемых образов помогает пациентам реалистичнее оценить степень угрозы. Например, я помогла Салли скорректировать ее образ себя, выступающей перед группой, предложив представить заинте-

ресованные лица ее друзей в аудитории. Пэм — пациентке, которая боялась кесарева сечения, — я предложила представить оборудование для спасения жизни в родовой палате и заботливые лица медсестры и врача в масках.

*Резюме.* У многих, если не у большинства пациентов, возникают автоматические мысли в форме спонтанных образов. Настойчивые (но ненавязчивые) вопросы обычно помогают пациентам осознать эти образы. Пациентам, у которых неприятные образы возникают часто, показаны имагинативные техники. Кроме того, визуальные образы можно вызывать намеренно для различных терапевтических целей.

ГЛАВА 17

# Домашние задания

Домашние задания — обязательный и неотъемлемый элемент когнитивно-поведенческой терапии (Beck et al., 1979). Исследования подтверждают, что пациенты, которые регулярно выполняют домашние задания, быстрее добиваются улучшений (например: Kazantzis, Whittington, & Datillio, 2010; Neimeyer & Feixas, 1990; Persons, Burns & Perloff, 1988). Старайтесь мотивировать пациента максимально использовать возможности для когнитивных и поведенческих изменений *на протяжении недели*. Вам нужно начинать готовить пациента к выполнению домашних заданий уже на первой сессии.

Т. Салли, думаю, вам важно перечитывать это [утверждение, что она в депрессии, а не просто ленится] каждый день. Как думаете, вы сможете это делать?

П. Да, наверное.

Т. Напоминая себе о важных вещах, которые мы обсудили на сессиях, вы ускорите процесс выздоровления. Еще один способ — что-то менять в своей жизни. Недостаточно прости прийти и поговорить с терапевтом. Нужно каждый день стараться понемногу менять свои мысли и поведение.

П. Понимаю.

Т. Но мы всегда будем сначала убеждаться в том, что вы считаете изменения хорошей идеей и готовы их осуществить. Как мы их назовем? Может быть, домашним заданием? Планом действий? Как-то еще?

П. Пусть будут домашние задания.

Т. Хорошо. Только хочу подчеркнуть: это не такое домашнее задание, как вам дают в колледже. Мы будем сами его придумывать, вместе, специально для вас, и делать вы его будете, только если *будете думать*, что оно поможет.

Хорошее домашнее задание дает пациенту возможность самому узнавать информацию (например, прибегнув к библиотерапии), собирать данные

(отслеживать свои мысли, чувства и поведение), проверять мысли и убеждения, модифицировать мышление, применять когнитивные и поведенческие инструменты и в экспериментальном порядке применять новые виды поведения. Домашние задания помогают максимально закрепить выводы, сделанные на сессии, а также способствуют появлению чувства самоэффективности у пациентов.

Одни пациенты охотно и легко выполняют домашние задания, другие — нет. Важно помнить, что даже самым опытным терапевтам приходится нелегко, когда им попадается пациент, который, несмотря на тщательную подготовку, вообще не выполняет *письменных* заданий. Тем не менее изначально вам нужно исходить из того, что любой пациент (за исключением практически недееспособных), скорее всего, *выполнит* домашнее задание, если оно будет правильно сформулировано. Чтобы повысить вероятность выполнения заданий, вам нужно:

- **индивидуализировать задания;**
- **предоставить разумное обоснование;**
- **обсудить возможные трудности;**
- **изменить мешающие убеждения.**

Эта глава состоит из четырех частей.

1. Определение домашнего задания.
2. Увеличение вероятности успешного выполнения домашнего задания.
3. Концептуализация проблем.
4. Проверка домашнего задания.

## Определение домашнего задания

Не существует готовой формулы для домашнего задания. Все индивидуально и адаптируется под каждого пациента. Как решить, что именно предложить данному пациенту? Все зависит от того, что вы успели обсудить на сессии, каков общий план лечения и цели пациента. Нужно также принимать во внимание индивидуальные особенности: умение читать и писать, мотивацию и желание выполнять домашние задания, актуальный уровень дистресса и функционирование (когнитивное, эмоциональное и поведенческое), практические ограничения (например, временные) и т. д.

Скорее всего, на начальном этапе лечения предлагать задания будете вы. Тем не менее как можно раньше побуждайте пациентов к тому, чтобы они сами назначали себе домашние задания (например: «Мы закончили обсуждать проблему с вашей соседкой, и теперь я предлагаю вам сформулировать: что важно будет вспоминать на будущей неделе? Делать на будущей неделе?»). Пациенты, которые на протяжении терапии учатся сами определять задания, обычно продолжают эту практику и после нее.

Далее мы сначала разберем типичные домашние задания, затем несколько индивидуальных заданий Салли. В конце главы вы найдете рекомендации о том, как повысить мотивацию пациента к выполнению заданий.

## Постоянные домашние задания

Ниже описаны типичные постоянные домашние задания.

1. *Поведенческая активация.* Важно помочь неактивным пациентам, находящимся в депрессии, подняться с постели или с дивана и вернуться к повседневным делам (и найти себе новые занятия). Планирование активностей полезно и для пациентов с другими расстройствами.
2. *Мониторинг автоматических мыслей.* Начиная с первой сессии, побуждайте клиентов спрашивать себя «О чем я думаю прямо сейчас?», как только они заметят резкое изменение настроения; а также напоминать себе, что мысли не обязательно правдивы. Сначала им лучше записывать мысли (в телефон, компьютер или просто на бумагу, в блокнот или на специальные карточки). Объясните пациентам, что если они будут записывать автоматические мысли без их критического осмысления, то почувствуют себя хуже, а также что вы вместе будете решать проблемы, если окажется, что мысли являются обоснованными.
3. *Оценка автоматических мыслей и реагирование на них.* Буквально на каждой сессии вы будете помогать пациентам модифицировать неправильные и дисфункциональные мысли, записывать новый образ мышления. Важный элемент домашнего задания — регулярное перечитывание терапевтических заметок. Пациентам нужно научиться оценивать свои мысли и практиковать эту технику в перерывах между сессиями.
4. *Решение проблем.* Буквально на каждой сессии вы будете помогать пациентам находить решения проблем, которые они будут применять между сессиями.

5. *Поведенческие навыки.* Для эффективного решения проблем пациентам нужно будет освоить новые навыки и развить их в ходе выполнения домашних заданий. Например, тревожным пациентам будет полезно освоить навыки релаксации, социально тревожным — ассертивность, другим — навыки самоорганизации и управления временем и т. п.
6. *Поведенческие эксперименты.* Иногда пациентам нужно напрямую проверять достоверность автоматических мыслей, которые кажутся искаженными (например: «Будет лучше, если я останусь в постели», «Моя соседка разозлится, если я скажу, что она шумит», «Никто не заговорит со мной на встрече»).
7. *Библиотерапия.* Подкрепить важные идеи, рассмотренные с пациентом на сессиях, можно с помощью книг. Обычно пациентам полезно не только читать, но и отслеживать свои реакции: с чем они согласны, с чем не согласны, какие появились вопросы.
8. *Подготовка к следующей терапевтической сессии.* Вступительную часть каждой терапевтической сессии можно сократить, если до сессии пациенты обдумают, что хотели бы обсудить. В этом может помочь бланк подготовки к терапевтической сессии (см. с. 127).

## Примеры домашних заданий Салли

Часть приведенных ниже заданий — стандартные упражнения для пациентов с депрессией; другая часть — упражнения, разработанные специально для пациентки Салли.

### Сессия 1

Читай этот список дважды в день; поставь будильник, чтобы не забыть.

1. Если я начну думать, что я ленивая и плохая, мне нужно напомнить себе, что я болею; моя болезнь называется депрессией, и из-за нее мне сложно делать разные вещи. Я буду проходить терапию, депрессия уменьшится, и мне станет легче.
2. Прочитать список целей и дополнить его, если захочется что-то добавить.
3. Когда я замечу, что мое настроение ухудшается, то спрошу себя: «О чем я думаю прямо сейчас?» — и запишу эти мысли. Напомнить себе, что мои мысли не обязательно верны.

4. Запланировать что-нибудь с Элисон и Джо. Запомнить: если они откажутся, скорее всего, это значит, что они хотели бы провести со мной время, но слишком заняты.
5. Прочитать буклет «Справиться с депрессией» (по желанию).

## Сессия 2

1. Каждый день: когда я замечу, что мое настроение меняется, то спрошу себя: «О чем я думаю прямо сейчас?» — и запишу автоматические мысли (которые могут быть полностью верными, а могут и не быть).
2. Если мне не удастся отследить автоматическую мысль, нужно кратко описать ситуацию. Важно помнить: выявление автоматических мыслей — это навык, такой же, как слепая печать, и он разовьется постепенно.
3. Попросить Шона помочь разобраться с пятой главой учебника по экономике.
4. Каждый день: перечитывать заметки, сделанные на терапии.
5. Продолжить бегать и плавать.
6. Запланировать три социальных взаимодействия.
7. Каждый день: пополнять список достижений.
8. [На утро вторника]: посвятить две минуты просмотру бланка подготовки к терапевтической сессии.

## Сессия 3

1. Каждый день: перечитывать терапевтические заметки.
2. Каждый день: когда я замечу, что мое настроение резко изменилось, я перечитаю список вопросов и отвечу на них про себя или письменно.
3. Каждый день: пополнять список достижений.
4. Каждый день: следовать графику активностей.
5. Предложить Лизе вместе подготовиться к экзамену по химии.
6. [На утро вторника]: просмотреть бланк подготовки к терапевтической сессии.

## Сессия 4

1. Каждый день: перечитывать терапевтические заметки.
2. Каждый день: когда я замечу, что мое настроение внезапно изменилось, нужно будет заполнить первые четыре колонки формы записи мыслей. Мысленно ответить на вопросы в нижней части бланка.
3. Каждый день: список достижений.
4. Минимум три раза за неделю выйти на прогулку или пробежку.
5. Запланировать что-нибудь с друзьями.
6. Делать то, что запланировала в графике активности.
7. Обсудить с Джейн шум по вечерам.
8. [На утро вторника]: просмотреть бланк подготовки к терапевтической сессии.

## Сессия 5

1. Каждый день: перечитывать терапевтические заметки.
2. Каждый день: форма записи мыслей устно или письменно.
3. Каждый день: список достижений.
4. Каждый день: соблюдать график активностей.
5. Попросить о помощи преподавателя по химии.

## Сессия 6

1. Каждый день: перечитывать терапевтические заметки.
2. Каждый день: форма записи мыслей.
3. Каждый день: список достижений.
4. Планировать дела.
5. Позвонить маме, обсудить планы на лето.

## Сессия 7

1. Каждый день: перечитывать терапевтические заметки.
2. По мере надобности: форма записи мыслей.

3. Каждый день: список достижений.
4. Планировать дела.
5. Что-то прокомментировать на занятии или задать вопрос.

### Сессия 9

1. Каждый день: перечитывать терапевтические заметки.
2. По мере надобности: форма записи мыслей.
3. Каждый день: список достижений.
4. Планировать дела.
5. Заполнить бланк работы с глубинными убеждениями.
6. Обсудить с Джейн беспорядок в комнате.
7. Подойти к профессору Смиту в часы приема.

### Сессия 12 (предпоследняя)

1. Форма записи мыслей — об окончании терапии.
2. Привести в порядок терапевтические записи с самого начала.
3. Пересмотреть записи, проведя сессию самотерапии.

## Как повысить вероятность выполнения домашнего задания

Одним пациентам выполнение заданий дается легко, а у других сопряжено с различными трудностями. Если вы воспользуетесь следующими рекомендациями, то повысите вероятность того, что пациент выполнит задание и его настроение улучшится.

1. **Индивидуально подбирайте задания. (Нужно быть на 90–100 % уверенным, что пациент сможет выполнить задание и сделает это.) Слишком простое задание лучше слишком сложного.**
2. **Предоставляйте пациенту обоснование того, как и почему задание ему поможет.**

3. Формулируйте домашние задания вместе с пациентом; содействуйте его активному участию в процессе, добивайтесь его согласия.
4. Формулируйте задания таким образом, чтобы любой результат оказывался полезным.
5. Когда возможно, начинайте выполнение задания прямо на сессии.
6. Помогите организовать систему напоминаний о задании.
7. Предвосхищайте возможные проблемы; по необходимости проводите скрытые репетиции.
8. Подготовьте пациента к возможности получить негативные результаты (если нужно).

## Индивидуальный подбор домашнего задания

Успешное выполнение домашнего задания ускоряет терапевтический процесс, помогает пациенту почувствовать удовлетворение от сделанного, улучшает настроение. При подборе домашнего задания вы не опираетесь на универсальную формулу, а исходите из индивидуальных особенностей пациента и его желаний.

Так, пациент Мэтт не до конца разобрался с когнитивной моделью на первой сессии, а потому чувствовал легкое раздражение, когда его терапевт (новичок) настаивал, что нужно выявлять автоматические мысли. Мэтт сказал терапевту: «Вы не понимаете; я просто *не знаю*, о чем думаю на тот момент; я только знаю, что расстраиваюсь». Такого пациента неуместно просить записывать дома автоматические мысли. Другая пациентка, Кейтлин, на момент обращения к терапевту уже прочитала книгу по когнитивно-поведенческой терапии для пациентов и на удивление хорошо отслеживала свои автоматические мысли. В качестве первого домашнего задания терапевт предложил ей заполнить первые четыре колонки бланка работы с автоматическими мыслями, как только она почувствует, что расстроилась.

Значение имеет не только содержание, но и *объем* домашних заданий. Салли — пример пациента с хорошей мотивацией к лечению и выполнению домашних заданий, потому что она была студенткой и привыкла к ним. Она могла провести больше самостоятельной работы между сессиями, чем Мэтт, пациент с тяжелой депрессией, чьи студенческие годы давно остались позади.

Третий шаг в индивидуализации домашнего задания — его разбивка на легко выполнимые части. Например: прочесть одну главу книги по когнитивно-поведенческой терапии для пациентов или одну главу учебника; заполнить первые четыре колонки бланка работы с автоматическими мыслями;

посвятить 10–15 минут оплате счетов; загрузить всего одну стиральную машину; зайти в магазин на 5 минут.

Прежде чем назначить то или иное задание, нужно спрогнозировать потенциальные трудности. В этом вам помогут диагноз и тип личности пациента. Пациенты с тяжелой депрессией, скорее всего, изначально получат больше пользы от поведенческих (а не когнитивных) заданий. Склонным к избеганию пациентам поведенческие задания даются тяжелее, кажутся слишком сложными и вызывают сильные отрицательные эмоции. Тревожные пациенты могут беспокоиться из-за выполнения *любых* заданий, если вы зададите их слишком много. Лучше перестраховаться и дать слишком легкое задание, чем слишком сложное. Если пациенту не удастся выполнить задание, скорее всего, он будет критиковать себя и почувствует безнадежность.

## Предоставление обоснования

Пациенты скорее согласятся на выполнение заданий, если будут понимать, зачем они нужны. Вот как я объяснила Салли смысл выполнения одного из домашних заданий:

Т. Исследования показывают, что физические упражнения помогают людям справиться с депрессией. Может быть, вы тоже попробуете выходить на прогулку или пробежку пару раз в неделю?

Обоснования нужно предоставлять как в самом начале, так и в процессе лечения, поощряя пациентов к осмыслению каждого задания («Салли, как вы думаете, почему я предложила вам узнать планы соседки на выходные?» или «Почему, скорее всего, будет полезно продолжать заполнять список достижений?»). Кроме того, важно подчеркивать, что домашние задания — это важная составная часть терапевтического процесса:

Т. Люди выздоравливают, потому что каждый день понемногу меняют свой образ мыслей и действий.

## Совместное назначение домашнего задания

В идеале пациенты должны сами давать себе задания на следующую неделю. Однако в начале лечения они еще не знают, что будет для них полезным. Ваша задача — предлагать варианты и выбирать те задания, на выполнение которых пациент согласится: «Как вы смотрите на то, чтобы попросить у начальника несколько выходных?», «Как думаете, будет ли

полезно перечитать эту копинг-карточку перед выходом из дома?», «Хотите попробовать [определенная техника] на этой неделе?», «Думаю, если сразу после подъема вы будете принимать душ, вы тем самым себе покажете, что контролируете ситуацию. Что вы об этом думаете? Хотите попробовать?» Если пациент сомневается или настроен скептически, вам нужно больше внимания уделить подготовке: выявить и разобрать его автоматические мысли и/или значительно упростить задания.

По мере продвижения вперед нужно стимулировать пациентов к самостоятельному назначению задания: «Что бы вам хотелось сделать на ближайшей неделе в отношении [конкретной проблемы]?», «Что вы могли бы сделать на будущей неделе, если снова почувствуете чрезмерную тревогу?», «Как вы справитесь с [конкретной проблемой], если она возникнет на следующей неделе?»

## Польза от любого результата

С самого начала терапии давайте пациенту понять, что, даже если пациент не сможет выполнить домашнее задание, это все равно позволит собрать полезные данные. Тогда пациенты не будут чувствовать себя неудачниками и их настроение не ухудшится.

Т. Салли, если у вас получится выполнить это задание — отлично. Но если возникнут какие-то трудности — тоже ничего страшного. Просто постарайтесь понять, что именно у вас не получается; мы разберем это на следующей встрече. Хорошо?

Если пациент почти не выполняет задания две недели подряд или делает их прямо перед сессией, вам нужно выявить психологические и/или практические трудности, которые ему мешают. Кроме того, нужно еще раз подчеркнуть роль домашних заданий в терапевтическом процессе.

## Начинать выполнение домашних заданий уже на сессии

Если получится, то пусть пациент начнет выполнять задание уже на терапевтической сессии; это значительно повысит вероятность того, что далее он справится самостоятельно. Продолжать намного проще, чем начинать. Это очень важный момент, ведь многие пациенты признаются: самое сложное время — *прямо перед* выполнением задания, когда нужно мотивировать себя начать. Если вам тоже бывает сложно приступить к чему-то новому (например, написанию статьи, оплате налогов или тренировке), но уже через несколько минут после начала становится намного легче — можете

воспользоваться техникой самораскрытия. Так вы покажете пациентам, что их переживания нормальны, и станете ролевой моделью, на которую они смогут опереться в случае прокрастинации.

## Помнить о выполнении домашнего задания

Крайне важно, чтобы вы сами или пациент записывали домашние задания, начиная с самой первой сессии. Спросите, где пациенты собираются хранить список заданий (или блокнот, в который их запишут) и какова вероятность того, что они не забудут свериться с ними в нужный момент. Даже если вероятность невелика, можете предложить пациентам несколько стратегий.

- Связать выполнение заданий с другими повседневными делами (например: «Может быть, будете сверяться с графиком активностей перед каждым приемом пищи и еще раз перед сном?»).
- Приклеивать напоминания на холодильник, зеркало в ванной или приборную панель в машине.
- Записывать их в ежедневник, смартфон или компьютер.
- Попросить кого-то напоминать о них.

Вы также можете спросить, как пациент напоминает себе о других регулярных действиях, например о приеме лекарств.

## Предвосхищение возможных проблем

Чтобы максимально повысить вероятность того, что пациенты смогут выполнить предложенные задания, ответьте себе на следующие вопросы:

- Можно ли сказать, что количество заданий и степень их сложности подходят пациенту — или же домашняя работа кажется слишком сложной?
- Связано ли домашнее задание с целями пациента?
- Какова вероятность того, что пациент выполнит задание?
- Какие практические трудности могут возникнуть при выполнении задания (связанные со временем, энергией, наличием возможностей)?
- Что еще может помешать?

Самый важный вопрос пациентам для оценки вероятности выполнения таков:

**Какова вероятность того, что вы это сделаете, от 0 до 100 %?**

Если пациент уверен менее чем на 90–100 %, используйте следующие стратегии:

1. **Скрытая репетиция.**
2. **Изменение задания.**
3. **Рационально-эмотивная ролевая игра.**

Ниже каждая стратегия описана подробнее.

## Скрытая репетиция

В скрытой репетиции, описанной ниже, использован вызов образов для обнаружения и решения потенциальных проблем при выполнении домашнего задания.

Т. Салли, как вы думаете, может ли что-то помешать вам обратиться к ассистенту преподавателя?
П. Не знаю.
Т. (Помогает уточнить ситуацию и привязать к определенному времени.) Когда лучше всего это сделать?
П. Наверное, в пятницу утром. У него приемные часы.
Т. Попробуйте представить, что сейчас утро пятницы. Представили? А теперь можете представить, как говорите себе: «Мне нужно подойти к ассистенту преподавателя»?
П. Представила.
Т. (*Расспрашивает про подробности, чтобы Салли было легче визуализировать ситуацию и определить, какие, скорее всего, возникнут автоматические мысли и эмоции.*) Где вы находитесь?
П. У себя в комнате.
Т. Что делаете?
П. Только что закончила одеваться.
Т. Как вы себя чувствуете?

П. Наверное, немного нервничаю.

Т. О чем вы думаете?

П. Не хочу идти к нему. Может, лучше просто перечитать главу самостоятельно?

Т. И как вы собираетесь ответить на эти мысли?

П. Не знаю.

Т. Может быть, напомните себе, что это просто эксперимент и мы не узнаем, к чему он приведет, пока вы его не проведете? Или что, если он не поможет вам, мы вместе придумаем план Б?

П. Да, пожалуй.

Т. А как вы думаете, было бы полезно записать напоминание на копинг-карточку, чтобы вы могли перечитывать ее до пятницы?

П. Наверное.

Т. Хорошо. Тогда снова представьте, что вы только что оделись и подумали: «Я лучше перечитаю главу сама, а к нему не пойду». Что происходит дальше?

П. Я думаю: «Погоди-ка. Это ведь должен быть мой эксперимент. Так, а где копинг-карточка?»

Т. И где же она?

П. Зная себя, полагаю, придется все перерыть, чтобы ее найти.

Т. Куда вы могли бы положить эту карточку сегодня, когда вернетесь домой, чтобы она легко нашлась?

П. Мне не хочется, чтобы соседка ее видела, так что... может, в нижний ящик стола.

Т. Хорошо. К тому же, если вы прочитаете ее в среду и четверг, то наверняка запомните, где она лежит. Можете представить себе, как достаете и перечитываете карточку?

П. Могу.

Т. Что происходит дальше?

П. Наверное, я вспоминаю, *зачем* мне нужно к нему идти, хотя мне все еще не хочется этого делать. Поэтому я решаю сначала прибраться в комнате.

Т. А о чем вы можете напомнить себе теперь?

П. Что лучше уже сходить и забыть. Что вдруг он мне поможет. Что если я сейчас начну прибираться, то, возможно, так до него и не дойду.

Т. Хорошо. Что происходит после этого?

П. Я иду.

Т. А потом?

П. Я прихожу к нему. Задаю вопрос. Я его совсем не понимаю. Говорю, что именно мне не понятно. Наверное, он помогает разобраться, хотя бы до какой-то степени.

Т. И как вы чувствуете себя теперь?
П. Лучше.

Такие скрытые репетиции помогают обнаружить, какие практические препятствия и дисфункциональные когниции могут помешать выполнению домашнего задания.

## Изменение задания

Потребность в изменении задания возникает, когда вы понимаете, что в текущей форме оно не подходит пациенту, и даже скрытая репетиция не приносит желаемых результатов. Лучше предложить более легкое задание, с которым пациент наверняка справится, чем формировать у него привычку не выполнять задания, на которые он согласился в ходе сессии.

Т. Салли, мне кажется, вам пока рано выполнять это задание. [Или: «Не уверена, что это задание вам подходит».] Как думаете? Вы хотите попробовать или пока отложим его?

Придите с пациентом к совместному решению о том, выполнение каких заданий не является обязательным, длительность и частоту каких заданий можно снизить. Гораздо лучше, если пациент сделает небольшой объем задания, чем не сделает совсем ничего.

## Рационально-эмотивная ролевая игра

Рационально-эмотивная ролевая игра усилит мотивацию сомневающегося пациента, если терапевт считает, что для пациента важно выполнить задание сейчас. Эту технику не применяют на ранних этапах терапии, так как она сложна для пациента.

Т. Я все еще не уверена, что вы действительно воспользуетесь копинг-карточкой и все сделаете.
П. Наверное, вы правы.
Т. Хорошо, тогда я предлагаю вам сыграть в рационально-эмотивную ролевую игру. Помните, мы уже делали так раньше. Я выступлю в роли вашей рациональной части, а вы будете отвечать за эмоции. Ваша задача — постараться меня переспорить. Так я смогу понять, какие доводы вы будете приводить, чтобы не перечитывать копинг-карточку и не возвращаться к учебе. Начинайте.

П. Хорошо. Мне сейчас просто не хочется.

Т. Мне действительно не хочется, но это не важно. Не важно, хочу я этого или нет, — потому что мне *нужно* это сделать.

П. Но я могу отложить.

Т. Действительно. Только обычно, когда я откладываю что-то на потом, я ничего *не* делаю. А я не хочу укреплять эту дурную привычку. Сейчас у меня есть возможность приобрести другую, полезную привычку.

П. Но ведь один раз не так уж важен.

Т. Да. Один раз ничего не решает. Но с другой стороны, в перспективе будет лучше, если я буду как можно чаще стараться укреплять полезную привычку.

П. Знаю, знаю, но мне просто не хочется.

Т. Сейчас мне не нужно обращать внимание на то, чего мне *хочется*, а чего *не хочется*. В перспективе я *хочу* научиться сразу делать то, что нужно. Это поможет мне по окончании учебы получить работу, гордиться собой. Я *не хочу* постоянно избегать того, чего мне не хочется делать.

П. ...Больше ничего не могу придумать.

Т. Хорошо. Тогда давайте поменяемся ролями, а затем запишем самое важное.

После смены ролей нужно будет решить, как поступить дальше. Можно еще раз назначить первоначальное задание (например: «Как вы относитесь к выполнению [задания]?»). Если пациент решит оставить задание, вы можете вместе написать копинг-карточку с выводами, сделанными в ходе ролевой игры. Если вам кажется, что вероятность выполнения задания низка, стоит предложить изменить задание или обозначить его как необязательное.

## Подготовка к возможному негативному исходу

Разрабатывая поведенческий эксперимент или проверяя допущение, важно выбирать сценарии, в которых пациент, скорее всего, будет успешен. Например, мы с Салли обсуждали, какой профессор с большей вероятностью согласится ответить на вопросы после занятия, какие аргументы лучше использовать при обсуждении шумного поведения соседки поздним вечером и о какой помощи можно попросить друга. Тем не менее полезно бывает предложить пациентам подумать, какие автоматические мысли и убеждения активируются, если эксперимент пройдет неудачно.

Т. Полагаю, есть *вероятность* того, что Росс откажется вам помогать. О чем вы в таком случае подумаете?

П. Что лучше было и не спрашивать. Что он, наверное, теперь думает, что я глупая.
Т. (*Ищет альтернативное объяснение.*) По каким еще причинам он мог отказать?
П. Он слишком занят.
Т. А может, он сам недостаточно хорошо понял материал и просто не смог бы вам его объяснить? Или ему не нравится объяснять? Или он занят чем-то другим?
П. Может быть.
Т. Есть ли у вас доказательства того, что он считает вас глупой?
П. Нет, но у нас разные политические взгляды.
Т. По вашему мнению, он считает, что ваши взгляды откровенно глупые или что вы придерживаетесь другой позиции?
П. Что мы по-разному смотрим на вопрос.
Т. То есть, насколько вам известно, на данный момент он не считает вас глупой?
П. Нет, пожалуй, не считает.
Т. Хорошо, значит, мы решили, что сегодня вы подойдете к нему и попросите вам помочь. Если он согласится — отлично; если нет — о чем вы себе напомните?
П. Что это не обязательно потому, что он считает меня глупой. Возможно, он сам чего-то недопонял или ему просто не нравится объяснять.
Т. Хорошо, давайте это запишем.

Подробное обсуждение потенциальных проблем защищает пациента от дисфории в случае, если эксперимент окажется неудачным.

## Концептуализация трудностей

Если пациентам сложно выполнять домашние задания, постарайтесь понять, по какой конкретно причине. Связана ли она с:

- **Практической проблемой?**
- **Психологической проблемой?**
- **Психологической проблемой, маскирующейся под практическую проблему?**
- **Проблемой, связанной с когнициями *терапевта*?**

## Практические проблемы

Практических проблем можно избежать, если тщательно подбирать задания и готовить пациента к их выполнению. Скрытая репетиция (которую мы описывали выше) также помогает выявить потенциальные трудности. Ниже описаны четыре наиболее распространенных типа практических проблем и способы их решения.

### Пациент выполняет задания в последний момент

В идеале пациенты должны выполнять домашнее задание *в течение* недели. Так, записывать автоматические мысли полезнее всего сразу после изменения настроения, равно как и реагировать на них устно или письменно. Однако некоторые пациенты избегают думать о терапии между сессиями. Обычно такое избегание лишь часть более масштабной проблемы. Возможно, для начала вам придется помочь пациентам выявить определенные убеждения (например: «Если я сосредоточусь на проблеме, вместо того чтобы отвлечься от нее, я почувствую себя только хуже» или «Мне ничего не изменить, зачем пытаться?»). Другим пациентам достаточно мягко напомнить, что нужно каждый день проверять список домашних заданий.

### Пациент забывает, зачем выполнять задание

Иногда пациенты пренебрегают выполнением задания, потому что не помнят, почему их попросили его выполнить. Избежать этой проблемы можно, если предложить пациентам записывать потенциальную пользу от задания рядом с его формулировкой.

П. Я не делала упражнения на релаксацию [не перечитывала копинг-карточки, не пробовала контролировать дыхание, не записывала свои занятия], потому что на этой неделе нормально себя чувствовала.

Т. Помните, несколько недель назад мы обсуждали, как важно тренироваться каждый день, вне зависимости от того, как вы себя чувствуете?

П. Ну не знаю...

Т. Хорошо, давайте предположим, что вы не будете заниматься релаксацией несколько недель. И вдруг выдастся очень напряженная неделя. Как думаете, насколько эффективно вы сможете применить релаксацию?

П. Не особенно эффективно.

Т. Тогда, может быть, в списке заданий на будущую неделю отметим, что упражнения на релаксацию нужно делать, чтобы поддерживать навык до

тех пор, пока он вам не понадобится? (*Пауза.*) Возникли ли еще какие-то трудности с выполнением этого задания?

## Дезорганизация или недостаток ответственности

Многим пациентам проще делать домашние задания, если попросить их каждый день отмечать в графике, выполнили они задание или нет. Вы или сам пациент можете на сессии нарисовать простую таблицу (рис. 17.1). Предложите пациенту отмечать выполненное задание сразу после его завершения. Эта техника поможет пациенту выполнять задания и наглядно покажет, что еще не сделано.

Пациенты также могут отмечать задания в календаре или ежедневнике. (Первый день распишите вместе на сессии, а остальное предложите заполнить самостоятельно в приемной сразу после ее окончания.) После выполнения заданий пациенты будут вычеркивать их из календаря.

Третью технику можно использовать с безответственными пациентами. Предложите им звонить к вам в офис и оставлять сообщение, что то или иное задание сделано. Осознание того, что вы ждете сообщения, мотивирует их на выполнение задания.

| | Ср | Чт | Пт | Сб | Вс | Пн | Вт |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Перечитать терапевтические записи | | | | | | | |
| 2. Заполнить список достижений | | | | | | | |
| 3. Заполнить форму записи мыслей | | | | | | | |
| 4. Задать вопрос на занятии | | | | | | | |

**Рис. 17.1.** Пример графика домашних заданий

Как и при любом другом вмешательстве, вы должны предоставлять пациенту четкое обоснование и заручаться его согласием.

## Сложности, связанные с заданием

Если на последующей сессии вы поняли, что домашнее задание оказалось чересчур сложным для пациента или было расплывчато сформулировано (типичная проблема для терапевтов-новичков), — не бойтесь взять на себя

ответственность за неудачу. Иначе пациенты начнут несправедливо критиковать себя за то, что не справились:

Т. Салли, после того как мы обсудили трудности, которые у вас возникли с домашним заданием, я поняла, что недостаточно хорошо его вам объяснила. [Или: «Я поняла, что это слишком сложное задание».] Жаль, что так получилось. О чем вы подумали, когда не смогли его выполнить [или не стали выполнять]?

Это даст вам возможность: 1) показать, что вы тоже допускаете ошибки и признаете это; 2) установить раппорт; 3) показать, что вы стараетесь индивидуализировать терапевтический процесс — и домашние задания — для пациента; 4) помочь пациенту найти альтернативное объяснение неуспешного исхода.

## Психологические проблемы

Если пациент не выполнил задание, которое было правильно поставлено и для выполнения которого были все возможности, проблема может быть связана с одним из описанных ниже психологических факторов.

### Негативные прогнозы

Когда пациенты находятся в состоянии психологического дистресса (особенно в депрессии), они обычно предполагают негативный исход ситуации. Чтобы выявить дисфункциональные когниции, которые мешают выполнять домашние задания, предложите пациентам вспомнить, когда *именно* они думали приступить к выполнению задания, а затем выявите связанные с этой ситуацией когниции и чувства.

Т. На прошлой неделе вы *задумывались* о том, чтобы прочитать буклет о депрессии?
П. Да, пару раз.
Т. Расскажите мне об одном из них. Например, вчера вечером вы об этом думали?
П. Да, я собиралась прочитать буклет после ужина.
Т. Что произошло?
П. Не знаю. Просто не смогла себя заставить.
Т. Как вы себя чувствовали?
П. Грустной, уставшей, подавленной.
Т. Какие мысли возникли у вас после того, как вы вспомнили, что нужно прочитать буклет?

П. Что это сложно. Что я не смогу сосредоточиться. Ничего не пойму.

Т. Похоже, вы были в тот момент сильно расстроены. Неудивительно, что вам было сложно начать. Возможно, нам следовало начать читать его вместе, еще на прошлой сессии (*пауза*). Хочу предложить вам проверить мысль о том, что вы не сможете сосредоточиться и ничего не поймете.

П. Давайте попробуем.

Предложите пациенту провести эксперимент прямо на сессии. Если все пройдет удачно, пациент сделает вывод: «Иногда мои мысли бывают неверными. Я могу больше, чем мне кажется. В следующий раз, когда я подумаю, что все бесполезно, я проведу эксперимент — как сейчас, с буклетом». (Обратите внимание: если эксперимент не увенчается успехом, вам нужно будет упростить задание.)

Пациенты могут проверить и другие негативные прогнозы (например: «Моя соседка не захочет пойти со мной на ту встречу», «Я не пойму материал, даже если попрошу мне помочь» и «Если я буду делать домашнее задание, мне станет только хуже») с помощью поведенческих экспериментов. Опять же, важно подготовить реакцию пациентов на возможный негативный исход. Помогите им правильно оценить такие мысли, как «Я ничего не могу сделать правильно» и «Я не смогу освоить этот курс», с помощью сократовского диалога.

Если пациенты не уверены в полезности задания, следует признать, что и вы сами точно не знаете, каким будет результат: «Я не могу гарантировать, что выполнение задания вам *поможет*. Но что вы теряете, если оно не сработает? И что приобретете, если сработает?» Еще один вариант: составьте список преимуществ и недостатков выполнения домашнего задания вместе с пациентом.

Наконец, полезно проработать некоторые убеждения пациента. Обычно домашние задания активируют следующие убеждения:

- «Я неспособный».
- «Если мне нужно выполнять домашнее задание по терапии, значит, я неполноценный».
- «Состояние должно улучшаться без приложения серьезных усилий».
- «Терапевт пытается меня контролировать».
- «Если я буду думать о проблемах, я почувствую себя хуже».
- «Если я буду выполнять задания и мне станет лучше, моя жизнь ухудшится».

Подобные убеждения можно выявить и скорректировать с помощью техник, описанных в главах 13 и 14.

## Переоценка требований задания

Некоторые пациенты переоценивают количество неудобств и трудностей, связанных с выполнением задания, и не осознают, что на это уйдет немного времени.

Т. Что может помешать вам заполнить форму для записи мыслей на будущей неделе?
П. Возможно, не найду на нее времени.
Т. Как вы думаете, сколько времени занимает заполнение формы?
П. Не долго. Наверное, 10 минут. Но знаете, в последние дни у меня так много дел. Я постоянно чем-то занят.

Здесь вы можете перейти непосредственно к решению проблемы и вместе с пациентом определить подходящие промежутки времени. Или предложите аналогию, которая поможет пациенту увидеть, что неудобства, связанные с выполнением задания, носят временный характер.

Т. Да, в последние дни вы *действительно* были очень заняты. Интересно — понимаю, что это крайность, но все-таки — что бы вы делали, если бы вам нужно было каждый день выделять сколько-то времени на выполнение задачи, которая спасла бы вам [или вашему любимому человеку] жизнь?
П. Конечно, я бы нашел на нее время.
Т. Безусловно, если вы не будете выполнять это задание, никто не пострадает, но суть та же. Скоро мы обсудим, какие из ваших других дел можно сократить, но сначала я хочу еще раз подчеркнуть: вам *не* придется выполнять их всю оставшуюся жизнь. Просто нужно на какое-то время реорганизовать некоторые действия — до тех пор, пока вы не почувствуете себя лучше.

Если пациент переоценивает количество *энергии*, требуемое для выполнения упражнения, используйте аналогичные вопросы. Ниже приведен пример работы с пациентом, у которого был дисфункциональный (и искаженный) образ того, как он будет выполнять задание.

Т. Что может помешать вам посещать торговый центр каждый день на будущей неделе?
П. (*Вздыхает.*) Не знаю, хватит ли мне сил.
Т. У вас возникает какой-то конкретный образ?
П. Ну, я представляю, как плетусь от одного магазина к другому.
Т. Помните, мы уже говорили о том, что ваша ежедневная задача — заходить в торговый центр всего на 10 минут. Как думаете, много магазинов удастся

обойти за 10 минут? Может быть, это задание кажется вам сложнее, чем оно есть на самом деле?

В следующей ситуации пациент правильно запомнил задание, но переоценил, сколько энергии оно потребует. Я *уточнила проблему*: провела краткую версию скрытой репетиции.

П. Не уверена, что мне хватит сил сходить с Максом на 15 минут в парк.
Т. Как думаете, что будет сложнее всего: выйти из дома, дойти до парка или гулять *в* парке?
П. Выйти из дома. Мне придется столько всего подготовить: памперсы, коляску, бутылочку, его одежду и обувь...

(***Дальше терапевт помогает пациенту найти возможные решения проблемы: например, собрать все нужное заранее, когда у пациентки будет для этого достаточно сил.***)

В третьей ситуации я просто облекла задание в форму эксперимента.

П. Не знаю, хватит ли мне сил сделать все эти звонки.
Т. Так как наше время почти вышло, предлагаю вам провести на следующей неделе эксперимент. Давайте запишем ваше предсказание «Мне не хватит сил сделать все эти звонки», а на следующей сессии вы мне расскажете, насколько ваши ожидания оправдались. Согласны?

## Перфекционизм

Многим пациентам достаточно просто напомнить, что не нужно стремиться к совершенству при выполнении домашнего задания.

Т. Выявление автоматических мыслей — это навык. Такой же, как, например, пользоваться компьютером. Со временем вам будет даваться это все легче и легче. Если на этой неделе что-то не получится — ничего страшного. На следующей сессии мы разберемся, какие трудности возникли.

Если пациенту свойственны сильные глубинные допущения, связанные с необходимостью все делать идеально, ему будет даже *полезно* допускать ошибки в заданиях.

Т. Судя по всему, вы считаете, что домашние задания вам сложно делать из-за перфекционизма.
П. Именно так.

Т. В таком случае я предлагаю вам на этой неделе специально заполнять форму записи мыслей неидеально. Пишите неаккуратно, записывайте неточно, допускайте грамматические ошибки. Кроме того, не выделяйте на выполнение этого задания больше 10 минут.

## Психологические проблемы, маскирующиеся под практические проблемы

Некоторые пациенты считают, что выполнять задание им мешают практические трудности: недостаток времени, сил или возможностей. Если вы считаете, что кроме этого пациентам мешают мысли или убеждения, важно проговорить их *прежде, чем* приступать к обсуждению практической проблемы:

Т. Итак, вам кажется, что вы не сможете выполнить это задание [из-за практических трудностей]. Давайте представим, что эта проблема волшебным образом исчезла. Удастся ли вам выполнить задание *в таком случае*? Или что-то еще помешает? Может быть, какие-то мысли?

## Проблемы, связанные с когнициями терапевта

Наконец, необходимо оценить, не мешают ли *ваши* мысли и убеждения мотивировать пациента на выполнение домашнего задания. Среди типичных допущений психотерапевтов встречаются следующие:

- «Я задену чувства пациента, если начну выяснять, почему он не выполнил домашнее задание».
- «Она разозлится, если я [мягко] ее спрошу».
- «Он обидится, если я предложу ему следить за выполнением домашнего задания».
- «На самом деле ей станет лучше и без домашних заданий».
- «У него и так слишком много дел».
- «Она слишком пассивно-агрессивна, чтобы обсуждать домашние задания».
- «Он слишком уязвим, чтобы конфронтировать его с тревожащей ситуацией».

Спросите себя, какие мысли возникают у *вас*, когда вы задумываетесь над выбором домашнего задания для пациента или пытаетесь понять, почему он его не выполняет. Если вы обнаружите у себя дисфункциональные мысли, можете заполнить форму записи мыслей, провести поведенческий эксперимент, посоветоваться с супервизором или коллегой. Напомните себе, что, если вы разрешите пациенту не выполнять домашние задания, это не пойдет ему на пользу (исследования показывают, что это очень важная часть терапевтического процесса), и в то же время не пытайтесь слишком жестко настаивать на их выполнении.

## Проверка домашнего задания

До каждой сессии вы должны просмотреть заметки с предыдущих сессий и отметить, какие задания пациент должен был выполнить. Обычно обсуждение домашних заданий — первый пункт повестки дня (за исключением случаев, когда это неуместно, например, если пациент недавно пережил серьезную утрату). Даже если пациент находится в кризисном состоянии, все равно полезно потратить несколько минут на обсуждение домашнего задания — или же вместе решить, что назначенное на предыдущей сессии задание пока не актуально.

Искусство психотерапии заключается в том, чтобы принять правильное решение, сколько времени потратить на обсуждение домашнего задания и на то, хочет ли пациент продолжать выполнять конкретное задание. Нужно уделить домашнему заданию больше времени, если:

- оно касается важной актуальной проблемы, требующей дальнейшего обсуждения;
- пациент не выполнил задание;
- вы считаете, что важно обсудить, чему данное задание научило пациента, или помочь ему по-новому взглянуть на проблемы.

Например, если пациент с тяжелой формой депрессии не придерживается графика активностей, посвятите значительную часть сессии концептуализации случившегося и обсуждению того, что позволит успешнее справиться с заданием на будущей неделе. Если вы уделите домашнему заданию слишком мало времени, то не сможете подкрепить важные навыки и знания. С другой стороны, если уделить заданию много времени, это не позволит подробно обсудить новые проблемы.

Таким образом, время, которое потребуется вам на обсуждение домашнего задания, будет варьировать от сессии к сессии. В начале лечения вам нужно

будет подкреплять занесенную в терапевтические заметки информацию (например, узнавать у пациентов, насколько они верят в адаптивные ответы, которые записали на прошлых сессиях и дома). Вам также нужно будет обсуждать и давать возможность практиковать навыки, которые пациент не до конца освоил. Вместе с пациентом вы будете решать, выполнение каких заданий стоит продолжить на следующей неделе и какие нужно изменить.

*Резюме*. И вам, и пациенту нужно относиться к домашнему заданию как к важной части терапевтического процесса. Если задания правильно назначаются и выполняются, они ускоряют прогресс и позволяют пациентам практиковать техники самотерапии, которые будут им нужны по окончании лечения (см. Kazantzis, Deane, Ronan, & Lampropoulos, 2005; Tompkins, 2004).

# Завершение терапии и профилактика рецидивов

Цель когнитивно-поведенческой терапии — вывести пациента в ремиссию и обучить его нужным для жизни навыкам. На самом деле, если вы будете считать, что несете ответственность за решение *каждой* проблемы пациента, вы рискуете спровоцировать его зависимость от терапии и лишить его возможности приобрести необходимые навыки.

Как правило, при отсутствии практических трудностей терапевтические сессии проводятся раз в неделю. Пациентам с сильно выраженной симптоматикой могут потребоваться более частые встречи. После того как пациенту станет легче и он приобретет основные навыки, вы можете принять совместное решение о постепенном сокращении количества сессий в экспериментальном формате: сначала встречаться каждые 2 недели, затем — раз в 3–4 недели. Кроме того, имеет смысл рекомендовать пациентам поддерживающие сессии через 3, 6 и 12 месяцев после завершения лечения. В этой главе рассматриваются этапы подготовки пациентов к завершению лечения и возможным рецидивам — от начала терапии и до поддерживающей сессии.

## На ранних этапах

Готовить пациентов к завершению терапии и возможным рецидивам нужно, начиная с оценочной сессии: вы объясняете пациенту, что будете стремиться сделать лечение как можно более коротким и обучите пациента быть самому себе терапевтом. Как только пациент почувствует себя лучше, важно обсудить с ним прогресс лечения. Бывает полезно представить его в графической форме (рис. 18.1): периоды роста временно сменяются плато, флуктуациями или рецидивами. (Ближе к концу терапии подчеркните еще раз, что отдельные спады или трудности возможны, но пациенты уже будут в состоянии справиться с ними самостоятельно.)

Т. Я очень рада, что вам стало немного лучше. Но важно понимать, что если в какой-то момент снова станет хуже — ничего страшного в этом нет. Большинству людей становится все лучше и лучше, но потом они выходят на «плато» или вдруг случается спад. А потом все повторяется: лучше, лучше, так же, чуть хуже, снова лучше. Это *нормально*... Вы понимаете, почему важно это помнить?

П. Наверное, чтобы не слишком волноваться, когда станет хуже.

Т. Именно. Помните, мы с вами обсуждали, в каких ситуациях ваше состояние снова может ухудшиться? Собственно, можно нарисовать график — он поможет еще лучше все представить [рис. 18.1]. Посмотрите: периоды ухудшений со временем становятся все короче и переживаются не так тяжело. Видите?

П. Да.

Т. Запомните этот график, в противном случае ваше состояние ухудшится, вы можете подумать, будто терапия не работает и вас не вылечить.

П. Хорошо.

Т. Скорее всего, ваше состояние будет немного неустойчивым и после терапии — так бывает всегда и у всех. Однако вы к тому времени будете владеть нужными навыками самопомощи. Конечно, если понадобится, вы всегда сможете пройти еще одну-две сессии. Мы обсудим это подробнее ближе к концу лечения.

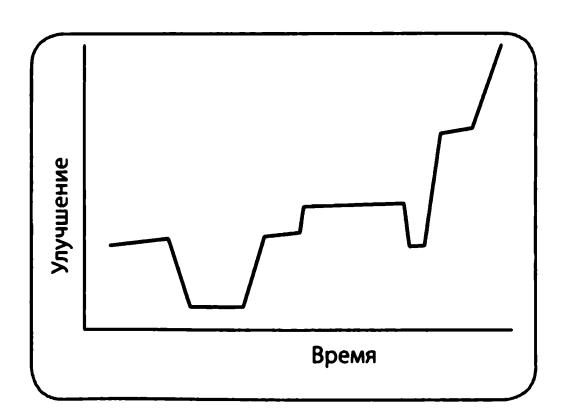



**Рис. 18.1.** Терапия в прогрессе

## В процессе лечения

На протяжении всего лечения для предупреждения рецидивов необходимо использовать определенные техники.

## Объяснять успех усилиями пациента

На каждой сессии вы должны изыскивать возможности подкрепить прогресс пациента. Когда пациент чувствует, что его настроение улучшилось, попробуйте выяснить, почему, по его мнению, ему стало лучше, и по мере возможности подкрепите мысль о том, что он добился улучшения сам, изменив свое мышление или поведение.

Т. Похоже, на этой неделе ваша депрессия не такая сильная. Как думаете, почему?
П. Не знаю.
Т. Делали ли вы на этой неделе что-то необычное? Удалось ли вам сделать то, что мы запланировали? Или, может быть, вы отслеживали негативные мысли и отвечали на них?
П. Да. Я каждый день выполняла упражнения и дважды встречалась с друзьями. Несколько раз я сильно себя критиковала, но затем перечитывала копинг-карточки.
Т. Как думаете, может ли улучшение вашего состояния быть связано именно с этим?
П. Да, вероятно.
Т. Так как же вам удалось добиться улучшений на этой неделе?
П. Наверное, когда я делаю вещи, которые могут мне помочь, я чувствую себя лучше.

Некоторые пациенты уверены, что благодарить за улучшения нужно только терапевта. Когда вы приписываете успех действиям *пациента*, вы усиливаете его чувство самоэффективности.

Т. Как думаете, почему на этой неделе вы чувствуете себя лучше?
П. На прошлой сессии вы очень мне помогли.
Т. Может быть, *кое-чему* я действительно вас обучила, но кто на самом деле изменил ваш образ мыслей и ваше поведение на этой неделе?
П. Наверное, *я сама*.
Т. Как сильно вы убеждены в том, что именно *вы* заслуживаете похвалы?

Далее пациенты также объясняют возможные улучшения изменением ситуации (например: «Я чувствую себя лучше, потому что мой парень позвонил мне») или действием лекарственных препаратов. Хотя воздействие внешних факторов отрицать не следует, спросите пациента, какие изменения в его образе мыслей и поведении могли внести свой вклад в улучшение их

состояния. Если пациент все равно сохраняет уверенность в том, что хвалить его не за что, это говорит о том, что нужно выявить его глубинное убеждение («Что для вас значит эта ситуация: когда я пытаюсь вас похвалить?»).

## Обучение использованию инструментов/техник, освоенных на терапии

Обучая пациентов различным психотерапевтическим техникам и инструментам, важно подчеркивать их универсальность, то есть применимость в самых различных жизненных ситуациях. Иными словами, техники не «заточены» под какое-то конкретное расстройство (скажем, под депрессию) и могут быть использованы в любой момент, когда пациент почувствует, что слишком эмоционально или дисфункционально реагирует на ситуацию. К техникам, которые можно использовать как во время, так и по завершении терапии, относятся:

1. **Разбивка крупных проблем на составные части, с которыми можно разобраться по отдельности.**
2. **Мозговой штурм, посвященный поиску решения проблем.**
3. **Выявление, проверка и реагирование на автоматические мысли и убеждения.**
4. **Форма записи мыслей.**
5. **Мониторинг и планирование активностей.**
6. **Релаксационные упражнения.**
7. **Техники отвлечения и рефокусирования.**
8. **Создание иерархии избегаемых задач и ситуаций.**
9. **Список достижений.**
10. **Выявление преимуществ и недостатков (конкретных мыслей, убеждений, форм поведения или решений).**

Ваша задача — помочь пациенту понять, как пользоваться этими инструментами на протяжении терапии и после ее завершения:

Т. Значит, когда вы начали выявлять депрессивные мысли, проверять их достоверность и реагировать на них, вы перестали так сильно грустить?

П. Да, я даже сама удивилась.

Т. А ведь то же самое можно делать в любой ситуации, которая вызвала у вас слишком сильную эмоциональную реакцию — когда вы сильно злитесь тревожитесь, грустите, стыдитесь и так далее. Вы об этом знали?

П. Как-то не задумывалась.

Т. Я не имею в виду, что вам нужно избавляться от *всех* негативных эмоций, но если они *слишком* сильные, вы можете на них влиять. Можете вспомнить еще какие-нибудь ситуации, возникавшие за последние несколько недель, в которых заполнение формы записи мыслей могло бы принести пользу?

П. (*Думает.*) Даже не знаю.

Т. Тогда, может быть, какие-то ситуации, с которыми вы можете столкнуться в будущем месяце?

П. (*Думает.*) Ну, я знаю, что очень разозлюсь на брата, если он решит летом не приезжать домой.

Т. Может быть, стоит записать свои мысли об этой ситуации? И сформулировать, как на них реагировать?

П. Пожалуй, да.

## Подготовка к рецидивам в ходе терапии

Как только состояние пациента улучшится, нужно подготовить его к возникновению рецидива. Предложите ему представить, о чем он подумает, если снова почувствует себя хуже. Обычно пациенты отвечают: «Я не должен так себя чувствовать», «Значит, мне не стало лучше», «Я безнадежен», «Я никогда не поправлюсь», «Терапевт расстроится» или «Терапевт плохо меня лечит», «Мне не подходит когнитивно-поведенческая терапия», «Я обречен на вечную депрессию», «Мне стало лучше по счастливой случайности»; или же у пациентов возникают образы себя в будущем — напуганных, одиноких, грустных, забившихся в угол кровати. Справиться с этими негативными когнициями помогут копинг-карточки и график терапии (см. рис. 18.1).

Т. Ваше состояние заметно улучшилось. Похоже, ваша депрессия стала слабее.

П. Я *действительно* чувствую себя намного лучше.

Т. Помните, пару недель назад мы говорили о том, что симптомы иногда возвращаются?

П. Вроде.

Т. Так как временные ухудшения *вероятны*, я хочу заранее обсудить, как вы можете с ними справиться.

П. Ладно.

Т. Представьте, что выдалась очень тяжелая неделя. Все шло не так. Мир вокруг снова стал мрачным и безрадостным. Вы собой очень недовольны. Все кажется бесполезным. Можете себе это представить?

П. Да. Все так же, как было до терапии.

Т. Хорошо. Тогда скажите, о чем вы думаете?

П. (*Пауза.*) Так нечестно. Ведь все шло хорошо. Терапия не помогает.

Т. Отлично. Как можно ответить на эти мысли?

П. Не знаю.

Т. Выбор за вами. Вы можете продолжить крутить в голове эти депрессивные мысли. Как думаете, как они повлияют на ваше настроение?

П. Наверное, оно ухудшится.

Т. *Или* же вы можете напомнить себе, что это только временное ухудшение и что это нормально. Как такая мысль повлияет на ваше самочувствие?

П. Наверное, мне станет лучше. Или, по крайней мере, хуже не будет.

Т. Хорошо. А после того как вы напомните себе, что временные ухудшения — это нормально, что еще можно будет сделать? Какие инструменты, с которыми вы познакомились на терапии, можно будет использовать?

П. Можно перечитать мои записки с сессий. Или отвлечься от мыслей, сосредоточившись на том, что мне нужно сделать.

Т. Или и то и другое.

П. Да, действительно.

Т. Как думаете, есть ли основания полагать, что техники, которые помогали вам раньше, теперь не помогут?

П. Нет.

Т. Значит, вы сможете ответить на свои негативные мысли и сосредоточиться на другом. Предлагаю записать то, что мы только что обсудили, чтобы у вас был план на тот случай, если ваше состояние временно ухудшится.

# Перед завершением терапии

## Как отвечать на переживания пациента, связанные с сокращением частоты сессий

За несколько недель до завершения терапии нужно предложить пациенту в качестве эксперимента встречаться раз в две недели. Одни пациенты с удовольствием встречают это предложение, у других оно вызывает тревогу. Если пациент тревожится, попробуйте составить список преимуществ снижения частоты визитов. Если пациенты не могут сформулировать преимущества сами, попробуйте подчеркнуть возможные недостатки этого решения. Затем,

используя управляемое исследование, помогите пациентам все-таки сформулировать преимущества решения и провести рефрейминг недостатков (рис. 18.2).

**Преимущества сокращения частоты сессий**

1. Я смогу отточить новые навыки и техники.
2. Я меньше буду зависеть [от терапевта].
3. Я смогу потратить предназначенные для терапии деньги на другие цели.
4. Я смогу посвящать больше времени [другим вещам].

| Недостатки | Рефрейминг |
|---|---|
| 1. Может наступить ухудшение | 1. Хорошо, что ухудшение случится, пока я еще прохожу терапию, и я смогу научиться справляться с такими ситуациями |
| 2. Возможно, я не смогу решить проблемы сам | 2. Сокращение частоты встреч с терапевтом позволит мне проверить мысль о том, что мне нужен терапевт. В перспективе для меня лучше научиться решать проблемы самостоятельно, ведь не буду же я всегда ходить на терапию |
| 3. Я буду скучать [по терапевту] | 3. Наверное, это правда. Но я смогу справиться с этим чувством. А еще это мотивирует меня строить отношения с людьми, которые могут меня поддержать |

**Рис. 18.2.** Преимущества и недостатки (для Салли) сокращения частоты сессий

В приведенной ниже стенограмме показано, как может проходить подобное обсуждение:

Т. На последней сессии мы коснулись возможности увеличить временной интервал между сессиями. Как вы думаете, стоит попробовать в качестве эксперимента встречаться раз в две недели?

П. Я думала об этом. Эта мысль меня очень беспокоит.

Т. Какие именно мысли у вас возникают?

П. Например, если случится что-то плохое — как я справлюсь? А вдруг депрессия вернется? Я этого не вынесу.

Т. Вы оценили достоверность этих мыслей?

П. Да. Я знаю, что это катастрофизация, ведь терапия еще не закончена. И еще вы сказали, что можно вам звонить, если будет нужно.

Т. Все правильно. Вы думали о том, какие ситуации могут оказаться сложными?

П. Нет.

Т. Может, попробуете представить их прямо сейчас?

П. Наверное. (*Салли представила, как получила за тест низкий балл, определила свою автоматическую мысль, отреагировала на нее и составила план дальнейших действий.*)

Т. Хорошо, теперь давайте обсудим вторую автоматическую мысль, связанную с увеличением промежутков между сессиями, — что депрессия вернется и это будет невыносимо.

П. Думаю, это не совсем верно. Благодаря вам я поняла, что, даже если мое состояние снова ухудшится, я справлюсь. Но я не хочу, чтобы оно ухудшалось.

Т. Отлично. Тогда попробуйте представить, что вам *стало* хуже — а до следующей сессии еще полторы недели. Что вы можете сделать?

П. Я могу сделать то же, что делала в прошлом месяце. Перечитать терапевтические заметки, оставаться активной, записывать свои мысли в форму. У меня где-то записано, что нужно делать.

Т. Может, стоит найти этот список?

П. Да.

Т. Хорошо. Тогда предлагаю вам дома выполнить два задания: найти этот список и заполнить форму записи мыслей — в отношении мыслей «Может случиться что-то, с чем я не справлюсь» и «Я не вынесу, если снова вернется депрессия».

П. Хорошо.

Т. Хотели бы вы обсудить еще что-нибудь, связанное с увеличением перерыва между сессиями?

П. Ну, я буду скучать по нашим беседам.

Т. Да, я тоже буду скучать. Как думаете, сможете ли вы поговорить с кем-то еще?

П. Я могу позвонить Ребекке. И, наверное, брату.

Т. Отлично. Предлагаю это тоже записать.

П. Ладно.

Т. И наконец, хочу еще раз подчеркнуть, что мы проводим сессии раз в две недели в качестве *эксперимента*. Если что-то пойдет не так, вы всегда можете мне позвонить, и мы назначим встречу пораньше.

## Как реагировать на беспокойство пациента, вызванное прекращением терапии

Если пациент без проблем перенесет сокращение количества сессий до одной в две недели, предложите увеличить промежуток между текущей и следующей сессией до 3–4 недель, в качестве подготовки к завершению терапии. Более редкие сессии можно также позиционировать как эксперимент. На каждой последующей сессии вы с пациентом будете совместно решать: либо увеличить перерыв еще больше, либо снова его сократить на какое-то время.

По мере приближения к концу лечения важно выявить связанные с ним автоматические мысли пациента. Некоторые пациенты чувствуют радость и полны надежд. Другие боятся и даже злятся. Большинство испытывают смешанные чувства. Достигнутый успех радует их, однако беспокоит вероятность рецидива. И обычно им жаль заканчивать отношения с терапевтом.

Важно одновременно признавать чувства пациентов и помогать им отвечать на любые мыслительные искажения. Желательно, чтобы вы тоже искренне сказали о своих чувствах: что вам тоже жаль, что ваши отношения (постепенно) будут завершаться, однако вы гордитесь тем, чего пациент достиг в ходе терапии, и не сомневаетесь, что он готов продолжить путь самостоятельно. Реагировать на другие автоматические мысли и оценивать преимущества и недостатки прекращения терапии можно по приведенной выше схеме работы с мыслями о сокращении частоты сессий. Дополнительные стратегии помощи пациентам, которые переживают о завершении терапии, можно найти в других источниках (Ludgate, 2009).

## Повторение выученного в ходе терапии

Напоминайте пациентам пересматривать терапевтические заметки и хранить их таким образом, чтобы в будущем к ним можно было легко обратиться. Например, хорошее домашнее задание — предложить пациенту кратко сформулировать и записать все самые важные выводы и навыки, приобретенные в ходе лечения.

## Сессии самотерапии

Хотя многие пациенты не проводят формальных сессий самотерапии, все равно полезно обсудить с ними план самотерапии (рис. 18.3) и мотивировать пациентов на его использование. Если пациенты начнут заниматься самотерапией уже на этапе сокращения частоты сессий, значительно повысится вероятность того, что они будут делать это и по завершении терапии.

**1. Разбор прошедших недель**

- Что хорошего произошло? За что я могу себя похвалить?
- Какие возникли проблемы? Что я сделал? Если проблема возникнет снова, что мне нужно сделать по-другому?

**2. Проверка домашнего задания**

- Сделал ли я то, что планировал? Если нет, что помешало (практические трудности; автоматические мысли) и как это можно исправить в следующий раз?
- Что мне нужно продолжать делать на этой неделе?

**3. Текущие проблемы/трудности**

- Реалистично ли я воспринимаю ситуацию или же реагирую слишком сильно? Можно ли взглянуть на ситуацию по-другому?
- Что мне стоит сделать?

**4. Предсказание будущих проблем**

- Какие проблемы могут возникнуть в ближайшие дни или недели? Что я могу сделать?

**5. Новое домашнее задание**

- Какие задания будут полезными? Может быть:
  - форма записи мыслей?
  - расписание занятий, приносящих удовольствие или удовлетворение?
  - перечитать терапевтические заметки?
  - отработать навыки, например, релаксации?
  - составить список достижений?

**6. Запланировать следующую сессию самотерапии**

**Рис. 18.3.** Руководство по проведению сессии самотерапии. Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy



Кроме того, они могут заранее выявить связанные с самотерапией проблемы: дефицит времени, недостаточное понимание плана действий, мешающие мысли (например: «Слишком много нужно сделать», «Мне это не нужно» или «Я сам не справлюсь»). Помогая пациентам решить эти проблемы, на-

поминайте им, что самотерапия позволяет: продолжать терапию в удобном формате и бесплатно; оттачивать навык применения инструментов и техник; справляться с трудностями до того, как они вырастут в серьезные проблемы; снизить вероятность рецидивов; использовать полученные навыки для улучшения разнообразных аспектов жизни.

Общий план самотерапии изображен на рис. 18.3. Разбирайте его с пациентами, адаптируйте под их индивидуальные потребности. Многим пациентам бывает полезно кратко обсудить систему напоминаний: «Поначалу, скорее всего, стоит проводить сессии самотерапии раз в неделю, затем увеличить промежуток до двух раз в месяц, затем раз в три месяца и, наконец, раз в год. Как вы можете напомнить себе о том, что нужно периодически проводить такие сессии и просматривать план самотерапии?»

## Подготовка к рецидивам после завершения терапии

Выше мы упоминали, что начинать готовить пациентов к вероятности рецидивов нужно уже на ранних этапах. Приближаясь к завершению терапии, предложите пациентам написать копинг-карточку, специально предназначенную на тот случай, если случится рецидив (на рис. 18.4 изображена типичная копинг-карточка).

*Вот что я могу сделать, если мне станет хуже:*

1. *У меня есть выбор. Я могу катастрофизировать рецидив, совсем расстроиться, думать, как все безнадежно, и, скорее всего, почувствовать себя еще хуже. Или же я могу просмотреть свои терапевтические заметки; напомнить себе, что временные ухудшения — это нормальный этап выздоровления; попробовать извлечь из них полезный опыт. Если я это сделаю, скорее всего, мое самочувствие улучшится и рецидив будет не так сильно выражен.*
2. *Затем мне нужно провести сессию самотерапии и составить план решения моих проблем.*
3. *Если мне понадобится дополнительная помощь, я могу позвонить [имя конкретного друга или члена семьи].*
4. *Я могу позвонить [терапевту] и кратко обсудить, что мне делать, или назначить дополнительную сессию.*

**Рис. 18.4.** Копинг-карточка Салли, посвященная рецидивам

Желательно, чтобы пациенты стремились сами справляться с возникающими трудностями и звонили вам только в том случае, если этого сделать не получится. Если им понадобится дополнительная сессия, помогите им понять, что помешало самостоятельно справиться с рецидивом или с возникшей проблемой. Вместе с пациентом составьте план: что ему нужно будет делать по-другому в будущем.

## Поддерживающие сессии

Проводить поддерживающие сессии после завершения терапии полезно по нескольким причинам. Если окажется, что возникли новые трудности, вы сможете обсудить с пациентами, как им удалось справиться с ними и можно ли было действовать эффективнее. Вместе вы попробуете представить, какие трудности могут возникнуть в ближайшие недели и месяцы. Затем вы вместе составите план, как пациенту справляться с этими ситуациями. Когда пациенты знают, что вы спросите их о том, занимались ли они самотерапией, это дополнительно мотивирует их на выполнение когнитивно-поведенческих домашних заданий и отработку навыков. Кроме того, вы поможете пациентам понять, не активировались ли снова дисфункциональные убеждения, которые вы модифицировали на терапии. Если такое произошло, вы сможете посвятить поддерживающую сессию когнитивному реструктурированию и запланировать дальнейшую самостоятельную работу над модификацией убеждения.

Поддерживающие сессии позволяют терапевту отслеживать повторное возникновение дисфункциональных стратегий (например, избегания). Пациенты также могут сформулировать новые цели или актуализировать ранее не решенные задачи и запланировать их достижение. Вместе вы оцените программу самотерапии и по необходимости ее скорректируете. Наконец, мысль о том, что даже после завершения терапии пациентов ждет поддерживающая сессия, снижает тревогу пациента о том, что далее ему придется заботиться о поддержании достигнутых успехов самостоятельно.

Чтобы пациент подготовился к поддерживающей сессии, заранее выдайте ему список вопросов (рис. 18.5).

Приведенная ниже стенограмма беседы иллюстрирует главную цель поддерживающей сессии — проверку состояния пациента и планирование дальнейшего поддержания прогресса.

Т. Я очень рада, что вы смогли сегодня прийти. Судя по результатам шкалы депрессии Бека, ваша депрессия чуть сильнее, чем была, когда мы виделись в последний раз. Это верно?

1. **Планируйте задания: если возможно, назначьте конкретную дату и позвоните, чтобы подтвердить, что придете.**
2. **Воспринимайте сессию как превентивную меру, даже если у вас все хорошо.**
3. **Подготовьтесь к встрече. Решите, что полезнее всего будет обсудить, в том числе:**
    - **Каких успехов вы достигли?**
    - **Какие возникли проблемы? Как вы их решили? Можно ли было решить их эффективнее?**
    - **Какие проблемы могут возникнуть в период между этой поддерживающей сессией и следующей? Представьте их как можно подробнее. Какие автоматические мысли могут появиться? Какие могут активироваться убеждения? Как вы справитесь с этими автоматическими мыслями/убеждениями? Как решите возникшие проблемы?**
    - **Какие когнитивно-поведенческие задания вы выполняли? Какие когнитивно-поведенческие задания вам хотелось бы выполнить в период между этой поддерживающей сессией и следующей? Какие автоматические мысли могут помешать выполнению когнитивно-поведенческих заданий? Как вы ответите на них?**
    - **Какие дальнейшие цели вы ставите перед собой? Как будете достигать их? Какие техники и навыки, полученные на терапии, могут вам помочь?**

**Рис. 18.5. Руководство по подготовке к поддерживающей сессии. Из книги «Пакет рабочих материалов для когнитивно-поведенческой терапии» (Cognitive behavior therapy worksheet packet). Copyright 2011, Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy**

**Опубликовано с разрешения автора в книге «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. Второе издание». Джудит Бек (Guilford Press, 2011). Покупателям данной книги разрешено копировать эти материалы только для личного использования. Покупатели могут скачать версию в большем разрешении с сайта *www.guilford.com/p/beck4* (на английском)**

П. Да, моя девушка неожиданно меня бросила.

Т. Сочувствую. Как думаете, эта ситуация повлияла на результаты опросника?

П. Наверное. До прошлой недели я вполне нормально себя чувствовал.

Т. Хотите вынести расставание на повестку дня?

П. Да. И еще я хотел бы обсудить свои успехи в поиске работы, а точнее, их отсутствие.

Т. Хорошо. А мне хотелось бы узнать, как в целом у вас дела, если не считать расставания с девушкой: возникли ли за это время еще какие-то проблемы, как вы с ними справились, сколько когнитивно-поведенческих

заданий выполнили. И хотелось бы поговорить о трудностях, которые могут возникнуть в ближайшие два-три месяца. Вы не против?

П. Нет-нет.

Т. С чего хотите начать? С расставания? Расскажите, что произошло? (*Мы кратко обсуждаем расставание. Меня беспокоит реакция пациента и возможность повторной активации его дисфункциональных убеждений.*) [подводит итог] Получается, ваши отношения становились все хуже, и в конце концов она сказала, что хочет встречаться с другими мужчинами? Когда она сказала это, о чем вы подумали?

П. Что на самом деле она меня не любит.

Т. И что ее нелюбовь означает для вас?

П. Что со мной, наверное, что-то не так.

Т. Что именно?

П. Меня нельзя любить.

Т. Насколько вы были убеждены в этом, когда она сказала, что хочет встречаться с другими мужчинами?

П. О, где-то на 90 процентов.

Т. И насколько вы сейчас убеждены в том, что вас нельзя любить?

П. Не так сильно. Может, на 50–60 процентов.

Т. А что изменилось?

П. Ну, часть меня знает, что мы, наверное, просто не подходим друг другу.

Т. То есть вам удалось изменить свое старое убеждение о том, что вас невозможно любить?

П. Вроде того.

Т. Хорошо. А какие навыки, приобретенные на терапии, помогут еще больше ослабить эту идею и усилить убеждение в том, что вы достойны любви?

П. Форма записи мыслей, например. И я знаю, что много полезного есть в терапевтических заметках. Нужно было их перечитать.

Т. Да, это могло бы помочь. Вы хотели перечитать их тогда?

П. Да, но думал, что они вряд ли помогут.

Т. А теперь что вы думаете?

П. Ну, раньше-то они мне помогали, значит, могли бы помочь и сейчас.

Т. Может ли что-то помешать вам по возвращении домой после сессии посвятить ближайшие дни работе над этим вопросом?

П. Ничего не помешает. Я этим займусь. Думаю, скорее всего, это мне поможет.

Т. А может ли мысль «Это не поможет» возникнуть снова, когда случится трудная ситуация?

П. Да.

Т. Что можно сделать сейчас, чтобы повысить вероятность того, что в будущем вы проверите достоверность это мысли?

П. *Сейчас*?

Т. Да. Как вы можете напомнить себе, о чем думали в *этот* раз? И как поняли, что эти мысли не соответствовали реальности?

П. Я могу это записать. И положить записку, например, в ящик стола.

Т. Хорошо. Может быть, записать и другие пункты, которые мы только что обсудили: что нужно заполнить форму записи мыслей, перечитать терапевтические заметки, ответить на мысль «Это не поможет»?

В этой части поддерживающей сессии я оценила уровень депрессии пациента, определила повестку дня, обсудила проблему и помогла пациенту назначить самому себе домашнее задание. Я пришла к выводу, что его депрессивная симптоматика слабо выражена и во многом связана с недавним разрывом отношений. (Если бы депрессия была более выраженной, я бы уделила больше внимания и времени оценке событий-триггеров, выявлению и модификации дисфункциональных убеждений, мыслей и поведения. Также мы бы обсудили, не нужно ли назначить дополнительные сессии.)

Пациент без проблем сформулировал свои автоматические мысли и глубинные убеждения. Мы быстро составили план модификации его мыслей; все нужные инструменты он уже получил в ходе терапии. Поддерживающая сессия была нужна ему, чтобы напомнить себе о нужных инструментах и укрепить мотивацию к их использованию.

Предупреждением рецидивов нужно заниматься на всех этапах терапевтической работы. Проблемы, связанные с сокращением частоты сессий и прекращением терапии, нужно решать, как и любые другие, — применяя нужные навыки и отвечая на дисфункциональные мысли и убеждения.

# Планирование лечения

Как решить, что сказать или сделать, как понять, какой следующий шаг предпринять? В некотором смысле вся книга была посвящена этому вопросу. Эта глава описывает концептуальную основу для принятия терапевтических решений и планирования лечения. Чтобы терапия была ориентирована на цели пациента и двигалась в верном направлении, постоянно спрашивайте себя: «Какую конкретно проблему мы разбираем в данный момент? Чего я хочу достичь?» Вы должны осознавать, какой цели посвящена каждая часть сессии, сессия в целом, текущая стадия терапии и план лечения в целом. В данной главе мы разберем ряд аспектов, необходимых для эффективного планирования лечения:

- **Достижение общих терапевтических целей.**
- **Планирование лечения между сессиями.**
- **Разработка планов лечения.**
- **Планирование отдельных сессий.**
- **Принятие решения о разборе конкретной проблемы.**
- **Видоизменение стандартного лечения для конкретного заболевания.**

## Достижение общих терапевтических целей

В самом широком плане вы должны ставить перед собой две цели: выход в ремиссию и предупреждение рецидивов. Уже в начале лечения говорите пациентам, что научите их тому, как быть терапевтом для самого себя. Для достижения терапевтических целей нужно:

1. Выстроить с пациентом крепкий терапевтический союз.
2. Сделать структуру и процесс терапии очевидными для пациента.
3. Обучить пациента когнитивной модели и делиться своей концептуализацией.
4. Уменьшить дистресс, применив различные техники решения проблем.
5. Обучить пациента самостоятельно применять эти техники в разнообразных ситуациях и мотивировать его на их применение в будущем.

## Планирование лечения между сессиями

Вы будете разрабатывать как общий план лечения, так и отдельные планы для каждой сессии. Можно условно разделить терапевтический процесс на три фазы. В начальной фазе лечения вам нужно выстроить терапевтический союз; выявить и уточнить цели пациента; решить проблемы; обучить пациента когнитивной модели; добиться поведенческой активации (если пациент в депрессии и социально изолировался); просветить пациента о его расстройстве; научить пациента выявлять, оценивать автоматические мысли и реагировать на них; социализировать его (мотивировать на выполнение домашних заданий, формулировку повестки дня, предоставление обратной связи); обучить пациента копинг-стратегиям. В первой фазе домашние задания назначаете вы.

В ходе основной фазы лечения вы продолжаете работать над достижением поставленных целей, однако особый акцент делается на выявление, оценку и модификацию убеждений пациента. Вам нужно делиться с ним своей концептуализацией; применять как «рациональные», так и «эмоциональные» техники для поддержания модификации убеждений. Также вы обучаете пациента навыкам, необходимым для достижения его целей.

В завершающей фазе акцент смещается на подготовку к завершению терапии и предупреждению рецидивов. Ближе к концу лечения пациенты будут намного сильнее вовлечены в терапевтический процесс: определять повестку дня, предлагать возможные решения проблем, вести терапевтические заметки и назначать домашние задания.

# Разработка плана лечения

При составлении плана лечения вы опираетесь на свою оценку пациента, его симптомов и расстройств оси I и II, а также имеющихся проблем и целей. Например, на первой терапевтической сессии Салли поставила перед собой пять целей: лучше учиться, меньше тревожиться из-за экзаменов, больше времени проводить с друзьями, включаться в студенческую жизнь и больше развлекаться. Ориентируясь на результаты оценочной сессии и эти цели, я составила общий план терапии (рис. 19.1). На каждой сессии мы прорабатывали несколько аспектов плана, отталкиваясь от результатов предыдущих сессий, домашнего задания, а также от проблем, которые Салли хотела вынести на повестку дня. Терапевту обязательно нужно проводить критический анализ каждой отдельной проблемы и цели — мысленно или письменно (рис. 19.2).

1. **Решить проблемы: лучше сосредоточиваться, просить помощи в учебе, планировать время с друзьями, активнее участвовать в мероприятиях.**
2. **Помочь Салли выявить автоматические мысли о себе, колледже, других, терапии — особенно те, которые вызывают дистресс или мешают решать проблемы. Затем оценить и отреагировать на них.**
3. **Исследовать ее дисфункциональные убеждения, связанные с перфекционизмом и получением помощи.**
4. **Обсудить ее самокритичность и неспособность себя хвалить.**
5. **Увеличить продуктивную активность.**

**Рис. 19.1.** План лечения Салли

Сформировав общий план лечения, вы будете в большей или меньшей степени придерживаться его, внося коррективы по мере надобности. Анализируя отдельные проблемы пациентов, подробно концептуализируйте их трудности и составляйте индивидуализированный план лечения. Это поможет вам сконцентрироваться на сессии, войти в терапевтический поток и объективно оценить прогресс.

**Анализ проблем**

**А. Типичные проблемные ситуации**




**Б. Дисфункциональное поведение**

Продолжает снова и снова перечитывать материал, не может сосредоточиться, перестает заниматься.

Не может реагировать на автоматические мысли.

Не просит других помочь.

**В. Когнитивные искажения**

Объясняет проблемы своей слабостью, а не депрессией.

Считает, что в будущем ее не ждет ничего хорошего.

Полагает, что беспомощна и никак не может решить проблему.

Возможно, уравнивает свою ценность и свои достижения?

**Г. Терапевтические стратегии**

1. Решение проблем. Если ничего не понятно даже после второго прочтения, переключиться на другой предмет. Разработать план получения формальной и неформальной помощи от профессоров, ассистентов, репетиторов,

одногруппников. На сессии заполнить копинг-карточки, которые нужно читать до и во время учебы.

2. Отслеживать настроение и поведение. Записывать автоматические мысли, когда ухудшается настроение или она чего-то избегает.
3. Использовать сократовский диалог для оценки автоматических мыслей. Научить заполнять форму записи мыслей.
4. Использовать направляемое открытие для раскрытия значения автоматических мыслей; сформулировать их в формате «Если... то...» и проверить.
5. Если уместно, использовать когнитивный континуум для иллюстрации континуума достижений в противовес дихотомии идеала и неудачи.

**Рис. 19.2.** Анализ проблемы № 1: трудности в учебе

## Планирование индивидуальных сессий

Перед сессиями и во время них задавайте себе вопросы, которые помогут вам сформировать общий план и придерживаться его на встрече. В самом широком плане задайте себе вопрос: «Чего я пытаюсь достичь и как это сделать наиболее эффективно?» Опытные терапевты автоматически размышляют над многими конкретными аспектами. Ниже приведен список вопросов, который, возможно, обескуражит новичков, но для опытных терапевтов, желающих научиться лучше принимать решения, он будет крайне полезен. Перечитывать и обдумывать этот список рекомендуется перед сессией, так как размышления над вопросами во время нее негативно отразятся на терапевтическом процессе.

1. Просматривая заметки с предыдущей сессии *перед сессией*, спросите себя:
   - «Какое у пациента расстройство или расстройства? Как нужно изменить стандартную когнитивно-поведенческую терапию (если нужно), чтобы она подошла для данного расстройства и данного пациента?»
   - «Как я концептуализировал трудности этого пациента? Нужно ли изменить стандартную когнитивно-поведенческую терапию, чтобы она подошла именно этому пациенту?»
   - «На какой стадии терапии (начальной, основной, завершающей) мы в данный момент находимся? Сколько сессий осталось (если есть ограничение)?»

- «Каких результатов удалось добиться в улучшении настроения и поведения пациента, в облегчении его симптомов? В достижении целей пациента и решении его основных проблем?»
- «Насколько крепок наш терапевтический союз? Что мне нужно сделать сегодня для его укрепления (если нужно)?»
- «На каком *когнитивном* уровне мы работали раньше: уровне автоматических мыслей, промежуточных убеждений, глубинных убеждений — или сразу на нескольких? Какого успеха мы достигли на каждом из них?»
- «Каких поведенческих изменений мы добивались? Чего удалось достичь?»
- «Что произошло на нескольких последних сессиях? Какие дисфункциональные идеи или проблемы мешали терапевтическому процессу (если таковые были)? Над какими навыками мы работали? Какие из них мне хотелось бы подкрепить? Каким навыкам я хотел бы обучить пациента?»
- «Что произошло на последней сессии? Какое домашнее задание пациент согласился выполнить? Что нужно было сделать мне (например, созвониться с лечащим врачом пациента или подготовить источники для библиотерапии — если договаривались об этом на сессии)?»

2. Оценивая *настроение* пациента в начале сессии, спросите себя:
   - «Как изменилось настроение пациента с прошлой сессии — по сравнению с предыдущим периодом? Какие эмоции преобладают (например, грусть, безысходность, тревога, злость, стыд)?»
   - «Совпадают ли показатели объективных тестов с субъективными описаниями пациента? Если нет, почему?»
   - «Нужно ли внести в повестку дня какие-либо вопросы, связанные с настроением пациента, чтобы подробнее обсудить их на сессии?»
3. Когда пациент будет рассказывать о том, *как прошла его неделя*, спросите себя:
   - «Какой была эта неделя по сравнению с предыдущими?»
   - «Заметны ли признаки улучшений? Какой положительный опыт получил пациент за это время?»
   - «Какие на этой неделе возникли проблемы?»

- «Случилось ли за это время нечто важное (хорошее или плохое), что стоит внести в повестку дня и подробнее обсудить на сессии?»

4. Оценивая, сколько *алкоголя, психоактивных веществ и лекарств* принимал пациент (если это актуально), спросите себя:

- «Можно ли считать это проблемой? Если да, нужно ли внести ее в повестку дня, чтобы подробнее обсудить на сессии?»

5. По мере определения *повестки дня* вместе с пациентом спрашивайте себя:

- «Какие проблемы пациент считает наиболее важными? Какие из них можно решить? Решение каких проблем с наибольшей вероятностью смягчит симптомы уже на сессии? А на будущей неделе?»

6. В ходе определения наиболее *приоритетных* пунктов повестки дня спрашивайте себя:

- «Сколько времени потребуется на обсуждение каждого вопроса? Сколько тем мы успеем обсудить?»
- «Сможет ли пациент решить какие-либо проблемы самостоятельно, с помощью других людей или на следующей сессии? Сколько времени можно выделить на каждый вопрос/проблему?»

7. В ходе проверки *домашнего задания* спрашивайте себя:

- «Насколько домашние задания пациента связаны с текущей повесткой дня? Нужно ли отложить обсуждение каких-либо заданий до тех пор, пока мы не обсудим конкретный пункт повестки дня?»
- «Какую часть домашнего задания выполнил пациент? Мешало ли ему что-либо?»
- «Насколько пациент согласен с каждым высказыванием из терапевтических заметок, сделанных на прошлой сессии? На предыдущих сессиях (если актуально)? Насколько терапевтические заметки применимы для решения проблем, оказавшихся в повестке дня сегодня?»
- «Было ли домашнее задание полезным? Если нет, почему? Если да, то чему научился пациент?»
- «Какое из домашних заданий (если таковые имеются) пациенту было бы полезно продолжить выполнять на будущей неделе?»
- «Как (если нужно) изменить задания на этой сессии, чтобы повысить их эффективность?»

8. Обсуждая *первый пункт повестки дня* с пациентом, задайте себе четыре типа вопросов:

*Определение проблемы*

- «В чем заключается конкретная проблема?»
- «В каких конкретно ситуациях возникает эта проблема? Если она возникала неоднократно, в какой ситуации пациент больше всего расстраивался из-за нее и выбирал наиболее дисфункциональное поведение?»
- «Почему пациент считает, что это проблема? Почему *я* считаю, что это проблема?»
- «Как проблема сочетается с общей когнитивной концептуализацией пациента? Как соотносится с его целями?»

*Разработка стратегии*

- «Что уже предпринимал пациент для решения проблемы?»
- «Что бы сделал я сам, окажись я на месте пациента?»
- «Можно ли перейти напрямую к решению проблемы? Какие мысли и убеждения помешают решить проблему?»

*Выбор техник*

- «Чего именно я хочу достичь обсуждением этого пункта повестки дня?»
- «Какие техники эффективно помогли пациенту (или аналогичным пациентам) в прошлом? Какие техники *не* помогли?»
- «Какую технику попробовать в первую очередь?»
- «Как оценить эффективность техники?»
- «Нужно ли мне просто применить ее или *также* обучить пациента ее использовать?»

*Мониторинг процесса*

- «Работаем ли мы вместе, в команде?»
- «Есть ли у пациента мешающие автоматические мысли о самом себе, этой технике, терапии, обо мне, о будущем?»
- «Улучшается ли настроение пациента? Помогает ли ему техника? Нужно ли попробовать что-то другое?»
- «Удастся ли вовремя закончить обсуждение конкретного пункта повестки дня? Если нет, можно совместно решить, стоит ли про-

должать его обсуждение, сократив время, выделенное на другой пункт?»

- «Какие дополнительные (например, домашние) задания могут принести пользу?»
- «Какую информацию записать, чтобы пациент просмотрел ее дома?»

9. *После обсуждения первого пункта повестки дня* спросите себя:
   - «Как изменилось самочувствие пациента?»
   - «Нужно ли мне что-то сделать, чтобы заново установить раппорт?»
   - «Сколько времени у нас осталось? Хватит ли его на обсуждение еще одного пункта повестки дня? Что стоит сделать дальше?»
10. *Перед завершением сессии* спросите себя:
    - «Добились ли мы успеха? Улучшилось ли самочувствие пациента?»
    - «Действительно ли пациент собирается выполнить домашнее задание?»
    - «Есть ли шанс получить негативную обратную связь? Если я получу негативную обратную связь, как мне на это реагировать?»
11. *После сессии* спросите себя:
    - «Как я могу улучшить концептуализацию?»
    - «Что нужно запомнить, чтобы вернуться к этому на следующей сессии? На будущих сессиях?»
    - «Нужно ли мне заниматься нашими отношениями?»
    - «Как бы я оценил себя по критериям рейтинга когнитивной терапии [приложение В]? Если бы я мог провести эту сессию снова, что бы я сделал иначе?»

## Принятие решения об уделении внимания проблеме

На каждой сессии терапевту приходится решать, над какой проблемой (или проблемами) работать. И хотя подобные решения вы принимаете совместно с пациентом, тем не менее ваша задача — направить терапевтический процесс в сторону обсуждения проблем, которые вызывают наибольший дистресс и имеются на данный момент (или носят рекуррентный характер)

и которые, на ваш взгляд, можно успешно проработать на сессии. Старайтесь ограничивать обсуждение трудностей, которые:

- пациенты могут решить самостоятельно;
- носят единичный характер и вряд ли повторятся;
- не ухудшают настроение пациента.

Выявив и конкретизировав проблему, вы предпринимаете несколько шагов, чтобы определиться, сколько времени и сил стоит вкладывать в ее решение. Вам нужно:

1. **Собрать больше информации о проблеме.**
2. **Рассмотреть все возможные варианты решения.**
3. **Подумать о практических трудностях.**
4. **Ориентироваться на стадию терапии.**
5. **По мере необходимости изменить фокус внимания.**

Далее эти шаги описаны подробнее.

## Собрать больше информации о проблеме

Если пациент впервые вынес проблему на обсуждение или проблема выявилась на сессии, оцените ее природу и потребность в терапевтическом вмешательстве. Например, однажды Салли вынесла на повестку дня новую проблему: ее отец был близок к банкротству, и она из-за этого беспокоилась. Я задала ряд вопросов, чтобы понять, стоит ли тратить время сессии на обсуждение этой проблемы.

Т. Вы сказали, что хотите обсудить вашего отца и его бизнес?

П. Да. В последнее время у него были серьезные проблемы, а теперь, кажется, он обанкротится.

Т. (*Собирает больше информации.*) Если он обанкротится, как это отразится на вас?

П. Прямо не отразится. Просто мне так его жалко. Ну то есть денег у него все равно будет достаточно, просто... он так много сил вложил в свое дело.

Т. (*Пытается понять, воспринимает ли Салли ситуацию искаженно.*) Как думаете, что случится, если ваш отец обанкротится?

П. Ну, он уже начал искать новые идеи для бизнеса. Он всегда чем-то занят и без дела не останется.

Т. (*Все еще пытается отыскать дисфункциональные мысли.*) А что вас больше всего беспокоит в этой ситуации?

П. Ему, наверное, очень плохо.

Т. А что вы чувствуете, когда думаете, что ему плохо?

П. Мне тоже становится плохо... грустно.

Т. Насколько грустно?

П. Ну, наверное, средне.

Т. (*Проверяет, может ли Салли взглянуть на ситуацию в перспективе.*) Понимаете ли вы, что, даже если ему плохо сейчас, в какой-то момент положение дел изменится? Скорее всего, он займется другим бизнесом и почувствует себя лучше?

П. Да, наверняка так и будет.

Т. Так, может быть, грусть, которую вы сейчас чувствуете, нормальна? Или вам кажется, что она *слишком* сильная?

П. Нет, думаю, это нормальная реакция.

Т. (*Делает вывод, что прорабатывать эту ситуацию не нужно.*) Может быть, вы хотите обсудить что-нибудь еще в связи с этой ситуацией?

П. Вроде нет.

Т. Хорошо. Мне очень жаль, что у отца сейчас сложный период. Держите меня в курсе дел.

П. Хорошо.

Т. Перейдем к следующему пункту повестки дня?

Однако может оказаться, что вмешательство все же *необходимо*.

Т. Вы хотели поговорить о том, как найти жилье на следующий учебный год?

П. Да, я очень расстроена. Мы с соседкой договорились жить вместе. Она хочет переехать из общежития. Поэтому нам нужно искать квартиру в Уэст-Филли или в центре. Но на весенние каникулы она возвращается домой, то есть, получается, заниматься поисками жилья буду я.

Т. Когда вы расстроились по поводу сложившейся ситуации сильнее всего?

П. Вчера, после того как согласилась начать искать квартиру до ее возвращения... А точнее, вчера вечером, когда вдруг до меня дошло, что я понятия не имею, что теперь делать.

Т. Что именно вы почувствовали?

П. Растерянность... тревогу.

Т. А какие именно мысли возникли у вас вчера вечером, когда вы обдумывали сложившуюся ситуацию?

П. Что мне делать? Я даже не знаю, с чего начать.

Т. (*Старается составить более полное представление; определить, связано ли это с важными автоматическими мыслями.*) Может, что-то еще?

П. Это так сложно, я даже не знаю, с какой стороны подступиться. Нужно ли обращаться к агенту? Или искать в интернете?

Т. (*Старается выявить дополнительные мысли.*) Может, возникали какие-то мысли о поведении соседки?

П. Нет. Она сказала, что поможет, как только вернется. И еще говорила, что можно отложить поиск квартиры до ее приезда.

Т. Делали ли вы какие-либо прогнозы?

П. Не знаю.

Т. (*Приводит противоположный пример.*) Не думали, что легко найдете отличное место за скромную плату?

П. Нет... нет, скорее, я думала: «А вдруг я найду квартиру, а потом окажется, что в ней полно тараканов, или небезопасно, или слишком шумно, или она будет в ужасном состоянии?»

Т. Возникали ли у вас визуальные образы этой ужасной квартиры?

П. Да. Темная, вонючая, грязная... (*Вздрагивает.*)

## Рассмотреть все возможные варианты решения

Теперь, получив общее представление, я мысленно рассматриваю возможные направления дальнейшей работы. Я могу сделать следующее:

1. **Перейти непосредственно к решению проблемы: вместе с Салли разобраться, какие шаги наиболее разумны и выполнимы.**
2. **Обучить Салли навыкам решения проблем, используя текущую ситуацию в качестве примера.**
3. **Использовать ситуацию для укрепления когнитивной модели.**
4. **Использовать ситуацию, чтобы помочь Салли концептуализировать ее более серьезную трудность, связанную с *допущением*, что она проявит себя неспособной в новой ситуации, и чувством подавленности, не дающим проверить это убеждение.**
5. **Помочь Салли выявить самую болезненную мысль и оценить ее.**
6. **Помочь Салли заполнить форму записи мыслей с использованием этой ситуации.**

7. Использовать образ, который Салли описала, чтобы обучить ее имагинативным техникам.
8. Принять совместное решение о переходе к обсуждению другого (возможно, еще более актуального) вопроса; вернуться к проблеме позже на этой или следующей сессии.

## Подумать о практических трудностях

Как вам решить, какого курса придерживаться дальше? Я учла целый ряд факторов, в том числе:

1. Что вероятнее всего принесет Салли существенное облегчение?
2. На что у нас хватит времени? Что еще нужно сделать на сессии?
3. Возможности для обучения каким навыкам открывает эта проблема?
4. Что Салли могла бы сделать самостоятельно (например, домашнее задание — если это возможно) для уменьшения дистресса? Например, Салли могла бы дома заполнить форму записи мыслей, а время сессии мы потратили бы на вопросы, которые ускорят ее прогресс.

## Ориентироваться на стадию терапии

Используйте стадию терапии в качестве ориентира при выборе проблем. Так, на первых сессиях не следует браться за сложные (если только они не стоят остро) проблемы с пациентами, страдающими депрессией: вам вряд ли удастся существенно продвинуться в их решении. Если же вы сосредоточитесь на проблемах попроще, которые можно разрешить полностью или частично, это обнадежит и мотивирует пациентов.

## Изменить фокус внимания

Не всегда удается сразу оценить, насколько сложна проблема и какова вероятность того, что обсуждение активирует болезненное глубинное убеждение. Поэтому, даже если *изначально* вы сосредоточились на одной

проблеме, вы всегда можете переключиться на другую, если поймете, что ваше вмешательство не было успешным и/или что пациент переживает слишком сильный дистресс (на возникновение которого вы не рассчитывали). Ниже приведен пример стенограммы одной из первых терапевтических сессий.

Т. Хорошо, переходим к следующему пункту повестки дня. Вы говорили, что хотели бы чаще встречаться с другими людьми. (*Обсуждаем эту цель подробнее.*) Какие есть возможности для встреч с другими людьми на этой неделе?

П. (*Робким голосом.*) Можно было бы пообщаться с коллегами.

Т. (*Обращает внимание на то, что пациентка выглядит подавленной.*) О чем вы только что подумали?

П. Это безнадежно. У меня никогда не получится. Я уже пробовала. (*Видимо, злится.*) Все другие терапевты предлагали мне то же самое. Но я же говорю: я не могу! У меня не получится!

Резкое ухудшение настроения пациентки навело меня на мысль об активизации глубинного убеждения. Я поняла: дальнейшее обсуждение в том же ключе будет контрпродуктивным. Я решила не возвращаться к проблеме, а восстановить терапевтический союз, выявив гневные автоматические мысли пациентки («Когда я задала вопрос о том, что вы могли бы сделать, чтобы встретиться с бóльшим количеством людей на этой неделе, о чем вы подумали?»). Затем я помогла ей оценить эти мысли и предложила решить, стоит ли возвращаться к этому вопросу.

Т. Я рада, что вы понимаете: у меня не было намерения просить вас делать то, к чему вы еще не готовы. Предлагаю вам самой решить: хотите ли вы вернуться к теме общения с другими людьми или же отложить ее на некоторое время [до следующей сессии]? Может, перейдем к проблеме, которая у вас возникла с Элизой?

*Резюме.* На ранних стадиях лечения лучше *уводить* обсуждение от проблем, которые вряд ли удастся решить даже частично (если пациенты согласны отложить их обсуждение на потом). На любом этапе терапии избегайте обсуждать проблемы, которые пациенты в состоянии решить самостоятельно, над которыми они не хотят работать и которые не вызывают сильный дистресс.

# Видоизменение стандартного лечения для конкретного расстройства

Важно, чтобы у вас была целостная картина актуальной симптоматики и функционирования пациента, имеющихся проблем, предшествующих событий, анамнеза и диагноза до начала терапии. Чтобы уточнить, какие ключевые когниции и поведенческие стратегии свойственны другим психическим расстройствам (в данном случае мы рассматривали в первую очередь простую монополярную депрессию), обращайтесь к специализированной литературе.

*Резюме.* Чтобы эффективно планировать лечение, нужно четко ставить диагноз, формулировать случай в когнитивном контексте и учитывать характерные особенности и проблемы пациента. Лечение всегда подбирается индивидуально. Общую стратегию и конкретный план для каждой сессии нужно составлять с учетом:

1. **Диагноза или диагнозов пациента.**
2. **Концептуализации его трудностей (которую вы проверяете на точность вместе с пациентом).**
3. **Его терапевтических целей.**
4. **Его неотложных проблем.**
5. **Ваших терапевтических целей.**
6. **Стадии лечения.**
7. **Обучаемости пациента, его возраста, уровня развития и интеллекта, пола и происхождения.**
8. **Уровня мотивации пациента.**
9. **Природы и силы терапевтического союза.**

Вы будете разрабатывать и постоянно модифицировать общий план лечения, продумывать отдельные планы для каждой сессии — перед встречами с пациентами и во время них.

# Проблемы в терапии

Проблемы того или иного рода возникают при работе почти с каждым пациентом. Даже опытным терапевтам бывает сложно выстроить терапевтический союз, правильно концептуализировать трудности пациента, постоянно работать над достижением общих целей. Бояться и избегать проблем не стоит — намного разумнее учиться их выявлять, концептуализировать и устранять.

Трудности или тупиковые ситуации, возникающие в ходе терапии, нужно рассматривать как возможности для того, чтобы уточнить концептуализацию пациента. Кроме того, нередко именно они позволяют лучше понять, с какими трудностями пациент сталкивается в реальной жизни. Наконец, проблемы, возникшие при работе с одним пациентом, позволят вам улучшить собственные терапевтические навыки, развить гибкость и креативность, сделать важные выводы — и в дальнейшем эффективнее помогать другим пациентам. Ведь трудности могут возникать не только из-за особенностей пациента, но и из-за слабых сторон терапевта. В этой главе мы подробно рассмотрим, как выявлять и решать проблемы, когда терапия заходит в тупик.

## Обнаружение проблемы

Вы можете выявить проблему несколькими способами:

1. **Воспринимая обратную связь от пациентов, которую вы не запрашивали.**
2. **Прямо запрашивая обратную связь от пациентов, вне зависимости от того, были ли с их стороны вербальные или невербальные сигналы о проблеме.**

> **3. Анализируя записи сессий с коллегой или супервизором и оценивая запись в соответствии со шкалой когнитивной терапии (приложение В).**
>
> **4. Оценивая прогресс с помощью объективных тестов и субъективных отчетов пациентов о смягчении симптоматики.**

Наличие проблемы становится очевидным, когда вы получаете от пациентов негативную обратную связь (например: «Мне кажется, вы не понимаете, что я хочу сказать» или «*Умом* я понимаю, что вы хотите сказать, но чувствую иначе»). Однако многие пациенты намекают на проблему только косвенно (например: «Я понимаю, что вы имеете в виду, но не уверен, что смогу поступить иначе» или «Я попробую» [подразумевая неуверенность в том, что задание удастся выполнить]). В таком случае вам нужно подробнее расспросить пациента — постараться понять, действительно ли есть проблема и каковы ее масштабы.

Впрочем, нередко пациентам трудно связать проблемы с терапией, прямо или косвенно. Вы можете обнаружить проблемы, если придерживаетесь стандартной структуры сессии (которая предполагает получение обратной связи от пациента в конце сессии), периодически проверяете, насколько пациент понимает разбираемый вопрос, и выявляете автоматические мысли, заметив изменение аффекта у пациента.

Например, однажды по невербальным признакам (рассеянному взгляду, беспокойному ерзанию на стуле) я уловила, что Салли не до конца понимает мои слова или не согласна с ними. Я спросила, о чем она думает. Затем в ходе сессии я периодически проверяла, действительно ли мы друг друга понимаем. Часто я обобщала сказанное сама или просила Салли это сделать. Я также предлагала ей оценить степень убежденности в сделанных выводах (например: «Салли, мы только что обсудили возможность того, что ваша мать чувствует себя несчастной не только потому, что вы уехали из дома... Насколько сильно вы убеждены в этом сейчас?»).

Далее, я старалась периодически на разных этапах сессии проверять, насколько Салли понимает меня (например, «Вам понятны причины, по которым соседка по комнате так отреагировала?.. Можете сформулировать своими словами?»). Перед завершением каждой сессии я обязательно просила Салли дать обратную связь (например: «Было ли на сессии сказано что-то такое, что вас задело?.. Или, может быть, я, по вашему мнению, чего-то не поняла?»). Я догадывалась, что Салли может быть нелегко предоставлять мне негативную обратную связь, поэтому просила оставить отзыв о той конкретной части сессии, в которой, как я полагала, у нее могли возникнуть

негативные реакции: «Как насчет того момента, когда я сказала, что вы можете решительнее отстаивать свои интересы в разговорах с матерью? Это задело вас?.. Как думаете, вы смогли бы мне сказать, *если бы* вас это задело?»

Итак, старайтесь всегда решать или как минимум выявлять трудности, возникшие на сессии, проверяя, все ли понял пациент, запрашивая обратную связь, задавая прямые вопросы о спорных эпизодах. Вы можете попросить пациента письменно оценить сессию (с. 100), чтобы на следующей сессии вместе обсудить его мнение.

Если вы занимаетесь терапией недавно, то можете не осознавать наличие проблемы или не быть в состоянии ее обозначить. В таком случае полýчите у пациента разрешение на аудиозапись сессии, чтобы затем переслушать ее самостоятельно или (желательно) с опытным когнитивно-поведенческим терапевтом. Как правило, получить разрешение пациента несложно, если представить ситуацию в позитивном ключе: «Я хочу предложить вам уникальную возможность, которую редко предлагаю пациентам [или предлагаю только вам]. Вы можете согласиться или отказаться, на свое усмотрение. Иногда я записываю терапевтические сессии, а потом переслушиваю их и стараюсь понять, как лучше помочь пациентам. [Если нужно: «Я могу прослушать их с коллегой [или супервизором], чтобы получить дополнительное мнение. Всегда считал, что две головы лучше одной»]. Затем я удаляю или стираю запись (*пауза*). Вы не будете против, если я включу запись на этой сессии? Если вы поймете, чем вам от этого некомфортно, мы всегда можем остановить запись и стереть ее».

Еще один четкий показатель наличия проблемы — отсутствие прогресса, ухудшение функционирования и/или настроения пациента (по самоотчету, объективным тестам или опроснику депрессии Бека [см. приложение Б]). Предложите вынести отсутствие прогресса на повестку дня и вместе с пациентом попробуйте найти более эффективное направление лечения.

Наконец, нужно постоянно ставить себя на место пациента, стараться посмотреть на мир его глазами, чтобы понять, какие трудности могут помешать ему конструктивнее справляться с возникающими проблемами (например: «Если бы я была на месте Салли, как бы я чувствовала себя в ходе терапии? О чем бы я подумала, если бы мой терапевт сказал ____________ или ____________?»).

## Концептуализация проблем

Убедившись, что проблема действительно существует, внимательно отслеживайте собственные автоматические мысли, связанные с обвинением пациента (например: «Он сопротивляется / манипулирует / не мотивирован»). Эти ярлыки снижают чувство ответственности и мешают решению проблем. Лучше спросите себя:

**«В чем из того, что пациент сказал (или не сказал), сделал (или не сделал) на сессии (или между сессиями), заключается проблема?»**

Затем в идеале стоит проконсультироваться с супервизором, предварительно дав ему ознакомиться с записью сессии. Безусловно, вам понадобится помощь в определении того, объясняется ли проблема с патологией пациента, вашими ошибками, связанными с лечением факторами (качеством услуг здравоохранения, форматом терапии, частотой сессий) и/или внешними факторами (например, соматическим заболеванием, неэффективностью фармакотерапии или ее побочными эффектами, токсичной психологической атмосферой дома или на работе, отсутствием необходимого вспомогательного лечения; см. J. S. Beck, 2005).

После того как вы выявите проблему, требующую изменений с вашей стороны, концептуализируйте уровень, на котором она возникла:

- Можно ли считать проблему *технической*? Скажем, могли ли вы неправильно подобрать или применить какую-либо технику?
- Может ли проблема быть *комплексной и относиться к сессии в целом*? Например, может ли оказаться, что вы верно определили дисфункциональную когницию, но не сумели провести эффективное вмешательство?
- Проявлялась ли эта проблема *на нескольких сессиях*? Например, не может ли она быть связана с ослаблением терапевтического союза?

Обычно проблемы возникают в рамках одной или нескольких из перечисленных ниже категорий:

1. Постановка диагноза, концептуализация и планирование лечения.
2. Терапевтический союз.
3. Структура и/или темп сессии.
4. Социализация пациента.
5. Работа с автоматическими мыслями.
6. Достижение терапевтических целей на сессиях и между ними.
7. Понимание пациентом содержания сессий.

Ниже перечислены вопросы, которые помогут вам и вашему супервизору конкретизировать природу возникшей проблемы. Затем вы можете сформулировать, оценить и отобрать цели, на которых следует сосредоточиться в ближайшее время.

## Постановка диагноза, концептуализация и планирование лечения

### Диагноз

1. «Верно ли я поставил диагноз по пяти осям последнего DSM?»
2. «Нужна ли этому пациенту консультация по поводу приема лекарственных препаратов?»

### Концептуализация

1. «Использую ли я диаграмму когнитивной концептуализации [с. 228] для выявления основных дисфункциональных когниций и поведенческих стратегий пациента»?
2. «Постоянно ли я совершенствую концептуализацию по мере получения новых данных? Сверяюсь ли я в стратегически важных моментах с пациентом? Согласен ли пациент с моей концептуализацией?»

### Планирование лечения

1. «Основываю ли я лечение на когнитивной формулировке расстройств(а) пациента и моей собственной концептуализации? Постоянно ли я корректирую лечение по мере необходимости и в соответствии с концептуализацией?»
2. «Варьирую ли я стандартную схему когнитивно-поведенческой терапии, когда нужно, для расстройств оси I и II у этого пациента?»
3. «Рассматриваю ли я необходимость глобальных жизненных изменений (если стало понятно, что одной терапии недостаточно для достижения улучшений)?»
4. «Помогаю ли я пациенту, когда нужно, осваивать необходимые навыки?»
5. «Удалось ли мне подключить к процессу лечения членов семьи, если это уместно?»

## Терапевтический союз

### Совместная работа

1. «Действительно ли мы с пациентом работали *вместе*? Удалось ли нам стать командой? Прилагает ли каждый из нас достаточно усилий? Ощущаем ли мы оба ответственность за прогресс?»
2. «Рассмотрели ли мы проблемы, которые больше всего беспокоят пациента?»
3. «Удалось ли мне получить от пациента необходимый уровень согласия и контроля на сессии?»
4. «Достигли ли мы согласия в отношении целей лечения?»
5. «Достаточно ли убедительно я обосновывал терапевтические вмешательства и домашние задания?»

### Обратная связь от пациента

1. «Просил ли я регулярно пациента давать честную обратную связь?»
2. «Отслеживал ли я аффект пациента на протяжении сессии? Выявлял ли автоматические мысли, если происходило резкое его изменение?»

### Отношение пациента к терапии и терапевту

1. «Позитивно ли пациент оценивает терапию и меня?»
2. «Убежден ли пациент хотя бы до какой-то степени, что терапия может ему помочь?»
3. «Считает ли пациент меня компетентным, готовым к сотрудничеству и заботливым специалистом?»

### Реакции терапевта

1. «Важен ли пациент для меня? Понимает ли он, что он мне не безразличен?»
2. «Считаю ли я себя способным помочь этому пациенту? Чувствует ли он, что я компетентен?»

3. «Возникают ли у меня негативные мысли об этом пациенте и о себе в контексте работы с ним? Удалось ли мне оценить эти мысли и ответить на них?»
4. «Рассматриваю ли я проблемы, возникшие с терапевтическим союзом, как возможность для роста, или же я ищу виноватого?»
5. «Выражаю ли я реалистично оптимистичный взгляд на возможности терапии?»

## Структура и/или темп сессии

### Повестка дня

1. «Быстро ли нам удается определить полноценную и конкретную повестку дня в начале сессии?»
2. «Удается ли нам правильно определять приоритеты и распределять время сессии?»
3. «Вместе ли мы решаем, какую тему обсудить в первую очередь?»

### Темп

1. «Выделили ли мы достаточное количество времени на стандартные составляющие сессии: проверку настроения, краткий обзор прошедшей недели, определение повестки дня, проверку домашнего задания, обсуждение тем из повестки дня, определение нового домашнего задания, периодическое обобщение сказанного, обратную связь?»
2. «Вместе ли мы принимали решение о том, что делать дальше, если оказывалось, что на обсуждение проблемы требуется больше времени, чем выделено изначально, или если в ходе обсуждения возникли важные темы, которые изначально не входили в повестку дня?»
3. «Удается ли мне мягко и вовремя прерывать пациента? Или мы слишком много времени тратим на непродуктивные обсуждения?»
4. «Оставляем ли мы достаточно времени в конце сессии, чтобы проверить, запомнил ли пациент самые важные выводы, сделанные на сессии; что он понимает смысл домашнего задания и согласен его выполнять? Чтобы убедиться, что глубинные убеждения пациента были деактивированы; что пациент ушел с сессии в эмоционально стабильном состоянии?»

## Социализация пациента в когнитивно-поведенческую терапию

### Целеполагание

1. «Поставил ли пациент разумные конкретные цели? Помнит ли он об этих целях в течение недели? Действительно ли он готов работать над их достижением? Находятся ли эти цели в сфере влияния пациента? Не пытается ли пациент изменить других людей?»
2. «Удается ли мне периодически оценивать прогресс в достижении целей пациента?»
3. «Помогаю ли я пациенту вспоминать, почему нужно прилагать усилия на терапии (например, чтобы достигать поставленных целей)?»

### Ожидания

1. «Каковы ожидания пациента относительно его самого и меня?»
2. «Считает ли пациент, что его проблемы можно решить быстро и легко? Или что проблемы за него нужно решить мне? Понимает ли пациент, как важно принимать активное участие в терапевтическом процессе?»
3. «Понимает ли пациент, почему нужно освоить определенные инструменты и навыки и регулярно применять их между сессиями?»

### Ориентация на решение проблем

1. «Определяет ли пациент, над какими именно проблемами нужно поработать?»
2. «Сотрудничает ли пациент со мной в процессе решения проблем — или просто их называет?»
3. «Боится ли пациент решить текущую проблему, потому что тогда придется решать другие (например, принять решение, касающееся отношений или работы)?»

### Когнитивная модель

1. «Понимает ли пациент, что автоматические мысли влияют на его эмоции и поведение (иногда и на физиологию); что некоторые авто-

матические мысли являются искаженными; что он почувствует себя лучше и будет выбирать более адаптивные модели поведения, если будет оценивать свои мысли и отвечать на них?»

### Домашнее задание

1. «Удается ли мне выстраивать домашнее задание вокруг главных трудностей пациента?»
2. «Понимает ли пациент, как домашние задания связаны с его работой на сессии и с общими целями?»
3. «Думает ли пациент о проделанной в ходе терапии работе на протяжении недели? Тщательно ли он выполняет домашние задания?»

## Работа с автоматическими мыслями

### Выявление и выбор важнейших автоматических мыслей

1. «Удалось ли нам определить, какие именно слова и/или образы возникают у пациента, когда он расстроен?»
2. «Удалось ли нам выявить все важные автоматические мысли?»
3. «Правильно ли мы выбрали важнейшие автоматические мысли, которые нужно подвергнуть оценке (например, мысли, связанные с наибольшим эмоциональным напряжением и дисфункциональным поведением)?»

### Реагирование на автоматические мысли и убеждения

1. «Удалось ли нам не только выявить ключевые когниции, но и оценить их и отреагировать на них?»
2. «Стараюсь ли я не допускать *априори*, что когниции пациента искажены? Применяю ли я метод направляемого открытия? Стараюсь ли я не убеждать пациента и не оспаривать его взгляды?»
3. «Если мои вопросы не приносят желаемого эффекта, меняю ли я подход?»

4. «После того как мы вместе формулируем альтернативный ответ, проверяю ли я, насколько пациент уверен в нем? Уменьшается ли эмоциональный дистресс?»
5. «Используем ли мы по мере необходимости техники для уменьшения эмоционального дистресса пациента? Пытаемся ли выявлять значимые для будущей работы когниции?»

### Максимизация когнитивных изменений

1. «Записываем ли мы новые, более функциональные выводы пациента?»

## Достижение терапевтических целей на сессиях и между ними

### Определение целей терапии и отдельных сессий

1. «Удалось ли мне донести до пациента, что целью терапии является не только улучшение его самочувствия, но и освоение им навыков, которые будут помогать ему на протяжении всей жизни?»
2. «Помогаю ли я пациенту выявлять одну или больше важных проблем для обсуждения на каждой сессии?»
3. «Удается ли нам уделять время и решению проблем, *и* когнитивному реструктурированию?»
4. «Направлены ли домашние задания на достижение поведенческих *и* когнитивных изменений?»

### Поддержание постоянного фокуса

1. «Использую ли я направляемое открытие, чтобы помогать пациенту выявлять важные убеждения?»
2. «Могу ли я сказать, какие убеждения являются центральными для мировоззрения пациента, а какие — более узкими и второстепенными?»
3. «Постоянно ли я изучаю, как соотносятся новые проблемы и глубинные убеждения пациента? Ведем ли мы постоянную последовательную

работу с основными убеждениями пациента на каждой сессии, а не только осуществляем кризисные интервенции?»

4. «Если мы уже обсуждали детский опыт, приводил ли я четкие логические обоснования того, зачем мы это делали? Помог ли я пациенту увидеть, как его ранние убеждения соотносятся с актуальными проблемами и как это понимание поможет ему на ближайшей неделе?»

### Вмешательства

1. «Выбираю ли я вмешательства в соответствии с целями сессии и повесткой дня пациента?»
2. «Могу ли я четко сформулировать для себя дисфункциональное убеждение пациента и более функциональное убеждение, к которому я его направляю?»
3. «Проверяю ли я, насколько подавлен был пациент и/или насколько он придерживался автоматической мысли или убеждения до и после вмешательства, чтобы судить о его эффективности?»
4. «Если вмешательство не принесло желаемых результатов, меняю ли я план действий и пробую ли другой подход?»

## Понимание пациентом содержания сессий

### Отслеживание понимания

1. «Часто ли я обобщаю сказанное в ходе сессии или предлагаю сделать это пациенту?»
2. «Просил ли я пациента сформулировать выводы своими словами?»
3. «Отслеживал ли я невербальные признаки затруднений и несогласия?»

### Концептуализация трудностей понимания

1. «Согласен ли пациент с моими предположениями?»
2. «Если пациенту сложно понять, что я пытаюсь сказать, связано ли это с моими ошибками? Достаточно ли ясно я выражаюсь? Верно ли подбираю слова? Не слишком ли много материала пытаюсь дать за раз, за сессию?»

### Максимальное закрепление изученного

1. «Что я сделал, чтобы убедиться, что пациент будет помнить важнейшие выводы, сделанные на сессии, в течение недели и даже по окончании терапии?»
2. «Достаточно ли я мотивировал пациента на ежедневное прочтение терапевтических записей?»

## Тупиковые ситуации

Иногда пациентам становится лучше на отдельных сессиях, но в целом заметных улучшений состояния не наблюдается. Опытный терапевт не станет сразу задавать себе описанные выше вопросы, а сначала определит, не связаны ли возникшие трудности с пятью типичными проблемными областями. Если вы верно поставили диагноз, составили концептуализацию и индивидуализировали план лечения в соответствии с расстройством пациента (и правильно применили соответствующие техники), сами или с помощью консультанта, задайте себе следующие вопросы:

1. **Сформировался ли у нас с пациентом крепкий *терапевтический союз*?**
2. **Ясно ли мы оба представляем *цели*, которых пациент хочет достичь с помощью *терапии*? Готов ли он работать над их достижением?**
3. **Действительно ли пациент верит в *когнитивную модель*: в то, что его мысли влияют на настроение и поведение, что иногда они бывают дисфункциональными; что, оценивая и отвечая на них, он сумеет положительно повлиять на свое эмоциональное состояние и поведение?**
4. ***Социализировался* ли пациент в когнитивно-поведенческую терапию: вносит ли он свой вклад в составление повестки дня, участвует ли в решении проблем, выполняет ли домашние задания, дает ли обратную связь?**
5. **Мешают ли вашей работе *биологические факторы* (например, болезнь, побочные эффекты лекарств или неадекватный подбор медикаментов) или *факторы внешней среды* (например, партнер-абьюзер, работа, требующая большого напряжения, крайне высокий уровень бедности или преступности в его районе)?**

## Решение проблем, возникших на терапии

В зависимости от выявленной проблемы вы можете предпринять следующие шаги:

1. Провести более глубокую диагностическую оценку.
2. Направить пациента на физический или нейропсихологический осмотр.
3. Уточнить концептуализацию и узнать, согласен ли с ней пациент.
4. Прочитать больше о лечении пациентов с расстройствами оси I (и II).
5. Получить от пациента обратную связь о том, как он воспринимает психотерапию и вас.
6. Переформулировать цели пациента (и, возможно, оценить преимущества и недостатки работы по их достижению).
7. Выявить собственные автоматические мысли о пациенте и ваших терапевтических навыках, ответить на них.
8. Обсудить с пациентом когнитивную модель и выявить все возникшие сомнения и недопонимания.
9. Обсудить с пациентом план лечения (и выявить его переживания и сомнения).
10. Обсудить ответственность пациента (и оценить его реакцию на это).
11. Сделать упор на формулировку и проверку домашнего задания на сессии, а также выполнение заданий на протяжении недели.
12. Постоянно прорабатывать *ключевые* автоматические мысли, убеждения и поведенческие стратегии.
13. Проверять, насколько пациент понял содержание сессии; предлагать ему записывать самые важные идеи.
14. На основе потребностей и предпочтений пациента менять (в том или ином направлении) темп и структуру сессии, количество и сложность обсуждаемого материала, степень вашей эмпатии, то, насколько вы назидательны и стремитесь убедить, и/или относительный фокус на решении проблем.

Обязательно отслеживайте собственные мысли и настроение в ходе концептуализации и устранения проблемы, поскольку ваши когниции могут иногда вмешиваться в решение проблем. У всех терапевтов, по крайней мере

иногда, возникают негативные мысли о пациентах, терапии и/или о себе как о терапевтах. Менять формат терапии обычно мешают следующие допущения:

- **«Если я буду прерывать пациента, он подумает, будто я пытаюсь его контролировать».**
- **«Если я буду структурировать сессию через формулировку повестки дня, я упущу что-то важное».**
- **«Если я буду записывать сессию, я буду слишком сфокусирован на себе».**
- **«Если я начну раздражать пациента, он прервет терапию».**

Наконец, у вас всегда есть выбор. Вы можете воспринимать возникающие на терапии проблемы катастрофически и/или винить себя или пациента. Или же вы можете воспринимать проблемы как возможность отточить навыки концептуализации и планирования лечения, улучшить знание техник и способность варьировать терапию в зависимости от потребностей пациентов.

ГЛАВА 21

# Развитие когнитивно-поведенческого терапевта

В этой главе будут коротко описаны шаги, которые необходимо сделать, чтобы начать проводить стандартную когнитивно-поведенческую терапию. Прежде чем приступить к работе с пациентами, приобретите опыт применения базовых когнитивно-поведенческих техник. (В приложении Б собрана информация, которая поможет подготовить нужные бланки, тесты и буклеты.) Испытывая техники на себе, вы получаете возможность заметить и исправить возможные ошибки, а также поставить себя на место пациента и определить потенциальные трудности (практические и психологические), которые могут помешать выполнению заданий. Если вы хотите стать профессиональным когнитивно-поведенческим терапевтом, нужно как минимум делать следующее (если вы не делали этого раньше):

1. Отслеживать свое настроение и выявлять автоматические мысли, когда почувствуете резкое ухудшение эмоционального состояния или тревогу, когда заметите за собой дезадаптивное поведение и/или избегание адаптивного поведения.
2. Записывать свои автоматические мысли. Если вы пропустите этот шаг, вы не дадите себе выявить потенциальные препятствия, с которыми могут столкнуться ваши *пациенты*: недостаток возможностей, мотивации, времени, сил и надежды. Применяя терапевтическую технику, например назначение домашнего задания, вы можете быстро сравнить себя с пациентом: «Будет ли *мне* сложно выполнить это задание? Как *я* мог бы себя мотивировать? Что помешало бы *мне* выполнить задание? Нужно ли разобрать процесс выполнения задания пошагово?»

Другими словами, ваше развитие в роли когнитивно-поведенческого терапевта ускорится, если вы будете одновременно работать над пониманием себя и человеческой природы в целом.

3. Выявляйте собственные автоматические мысли, которые могут помешать выполнению описанного выше шага. Такие мысли, как «Мне необязательно записывать автоматические мысли» или «Я все это знаю. Мне можно выполнить это задание мысленно», скорее всего, замедлят ваше развитие. Хорошим адаптивным ответом на эти мысли будет признать их частичную достоверность, однако подчеркнуть достоинства желаемого поведения: «Да, действительно, скорее всего, я как-нибудь справлюсь, даже если не буду пробовать когнитивно-поведенческие техники на себе. Но в то же время я наверняка смогу сделать намного *больше* полезных выводов, если буду вести записи. Мне будет легче понять, почему трудности возникают у пациентов, если я сам сначала пройду по пути, по которому хочу провести их; на себе испытаю, каково это, замечу потенциально сложные моменты. В любом случае, так ли это сложно? Речь идет о нескольких минутах моего времени».
4. Когда вы хорошо научитесь выявлять свои автоматические мысли и эмоции, начните заполнять форму записи мыслей, когда заметите резкое изменение настроения. Но если ваши мысли не искажены или если вы автоматически будете адаптивно на них отвечать, заполнение формы не приведет к значимому изменению настроения. (Вспомните: целью когнитивно-поведенческой терапии не является избавление от негативных эмоций; истинная цель — снизить их *дисфункциональное* выражение.) Однако вне зависимости от того, приносит ли заполнение формы пользу лично вам, это в дальнейшем поможет объяснять задачу пациентам.
5. Заполните нижнюю часть диаграммы когнитивной концептуализации, используя три типичные ситуации, в которых у вас портится настроение или вы ведете себя дезадаптивно. Если вам трудно подобрать конкретные ситуации, выявить свои мысли и эмоции или установить их смысл, перечитайте соответствующие главы этой книги.
6. Продолжайте заполнять верхнюю половину диаграммы когнитивной концептуализации. Если почувствуете дистресс, проверьте, не присутствуют ли в ваших записях темы беспомощности, непривлекательности и недостойности. После выявления глубинного убеждения заполните оставшиеся графы.
7. Затем, используя выявленное в ходе выполнения предыдущих упражнений глубинное убеждение, заполните бланк работы с глубинны-

ми убеждениями (с. 274). Изучите свою интерпретацию ситуаций и оцените, не искажаете ли вы доказательства таким образом, чтобы они подкрепляли глубинное убеждение и/или не игнорируете ли вы контрдоказательства. Обратите внимание: это упражнение может не оказать заметного влияния на вашу систему убеждений, если у вас есть противоположные позитивные убеждения, которые постоянно активированы. Однако, заполнив форму, вы, по крайней мере, ближе познакомитесь с ней и с большей вероятностью сможете эффективно использовать ее в работе с пациентами.

8. Попробуйте другие базовые техники: планирование активности, список достижений, реакции на спонтанные образы, действие «как если бы», написание и перечитывание копинг-карточек, функциональные сравнения с самим собой, записывание преимуществ и недостатков в ходе принятия решения.

9. После того как вы опробуете основные техники концептуализации и терапии на себе, выберите простой клинический случай и опробуйте когнитивно-поведенческую терапию в работе с реальным пациентом. Если вы выберете «сложного» пациента, стандартное лечение, описанное в этой книге, может ему не подойти. В качестве первого пациента для проведения когнитивно-поведенческой терапии лучше выбрать пациента с аналогичным случаем неосложненной монополярной депрессии или расстройствами адаптации, без диагноза оси II. Лучше начинать терапию нового пациента, чем брать старого, которого вы лечили раньше в рамках другого терапевтического направления. Кроме того, желательно максимально точно следовать рекомендациям, данным в этой книге. Будьте осторожны: терапевты, привыкшие к другим методам лечения, как правило, стремятся воспользоваться старыми навыками, что мешает когнитивно-поведенческой терапии. В некоторых случаях имеет смысл начинать применять когнитивно-поведенческие техники в лечении пациентов, с которыми вы уже работали. Обязательно объясните, что и почему собираетесь делать, и получите согласие пациента.

10. Получите письменное согласие на аудиозапись терапевтических сессий. Для вашего профессионального саморазвития крайне важно прослушивать записи с коллегой или супервизором. Незаменимый инструмент для оценки записей — шкала когнитивной терапии (см. приложение В). Супервизоры постоянно используют ее, чтобы помогать обучающимся терапевтам оценивать свою работу и опреде-

лять направление дальнейшего развития. Исследователи также часто используют его для оценки качества работы терапевта.

11. Постоянно читайте литературу по когнитивно-поведенческой терапии. Обязательно просматривайте буклеты, статьи и книги для непрофессиональной аудитории, чтобы знать, какие источники рекомендовать пациентам в качестве библиотерапии.
12. Ознакомьтесь с другим руководством по саморазвитию когнитивно-поведенческого терапевта (Wright, Basco, & Thase, 2006).
13. Наблюдайте за сессиями когнитивно-поведенческой терапии, которые проводят ваши коллеги (см. приложение Б).
14. Ищите возможности дополнительного обучения или общения с супервизором — в своем регионе или через Институт когнитивно-поведенческой терапии Бека (см. приложение Б).
15. Наконец, старайтесь посещать конференции Академии когнитивной терапии — официального «дома» когнитивно-поведенческих терапевтов. Практикующие специалисты и студенты могут стать членами ассоциации или получить сертификат когнитивного терапевта. Посещайте местные и международные конференции других организаций, занимающихся когнитивно-поведенческой терапией (см. приложение Б).

# Рабочий бланк терапевтического случая

Формат рабочего бланка использован с разрешения Академии когнитивной терапии. Инструкции по его заполнению и информация о подсчете баллов доступны на сайте *www.academyofct.org*.

## I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

**А. Информация о пациенте**: Салли, 18-летняя студентка колледжа, европеоидной расы, делит комнату в общежитии с одной соседкой.

**Б. Основные жалобы**: Салли хочет вылечиться от депрессии и тревоги.

**В. История заболевания**: через несколько месяцев после начала обучения в колледже у Салли появились симптомы депрессии и тревоги. На оценочной сессии наблюдались следующие симптомы:

- Эмоциональные симптомы: грусть, тревога, чувство вины, потеря удовольствия и интереса, безнадежность, одиночество.
- Когнитивные симптомы: пессимизм, трудности с концентрацией и принятием решений, легкая катастрофизация, самокритичность.
- Поведенческие симптомы: социальная изоляция, избегание ситуаций, которые кажутся трудными (заговорить с профессором, соседкой по комнате, приложить усилия в учебе).
- Физиологические симптомы: нехватка энергии, усталость, сниженное либидо, плаксивость, беспокойство, неспособность расслабиться, сниженный аппетит, нарушения сна.

Салли столкнулась с обычными для первокурсников стрессорами: на нее особенно сильно повлияло то, что она впервые уехала из дома, а также некоторые учебные трудности. До появления симптомов депрессии у нее

не было проблем с социальной адаптацией, однако затем она начала себя изолировать.

**Г. История психических расстройств**: отсутствует.

**Д. Личная и социальная история**: Салли — младшая из двух детей, семья полная. Брат на пять лет старше ее, лучше успевает в учебе. Мать всегда много критиковала Салли. Отец поддерживал девочку, но его часто не было рядом из-за работы. Родители много ссорились, но Салли не думает, что это могло оказать на нее негативное влияние. В школе у Салли были строгие учителя, и она переживала за свои оценки. Она критически относилась к себе из-за неспособности достичь того же, чего и брат, однако отношения с ним были нормальными. У Салли всегда было несколько близких друзей. В старшей школе она встречалась с молодым человеком. Училась хорошо.

**Е. Медицинская история**: у Салли не было медицинских проблем, которые могли бы повлиять на ее психологическое состояние или процесс лечения.

**Ж. Проверка психического статуса**: Салли полностью ориентируется в ситуации, настроение подавленное.

**З. Диагнозы (DSM-IV):**

- Ось I: большое депрессивное расстройство, единичный эпизод, средняя степень тяжести 296.22.
- Ось II: отсутствуют.
- Ось III: отсутствуют.
- Ось IV: тяжесть психологических стрессоров: умеренная (начало учебы в отрыве от родного дома).
- Ось V: общая оценка функционирования: текущая — 60; в прошлом году — 85.

## II. ФОРМУЛИРОВКА СЛУЧАЯ

**А. Факторы**: депрессивное расстройство Салли было активировано отъездом из дома, началом учебы в колледже и некоторыми трудностями в обучении. Скорее всего, тревога помешала ей учиться эффективно; затем Салли стала особенно самокритичной, чаще грустила. После того как она стала вести менее активную жизнь и реже встречаться с друзьями, нехватка позитивных переживаний повлекла за собой дальнейшее снижение настроения, равно как и неспособность разрешить трудности с учебой.

**Б. Кросс-секционный обзор текущих когниций и поведения**: типичная проблемная ситуация — трудности с учебой. Когда Салли пытается заниматься, у нее возникают автоматические мысли: «Я не смогу; я неудачница;

у меня не получится здесь учиться». Кроме того, у нее возникал визуальный образ себя с тяжелым рюкзаком, подавленной и бесцельно бредущей по улице. Эти мысли и образ вызывали чувство грусти. Или когда Салли готовилась к тесту, у нее возникали автоматические мысли: «Это слишком сложно. Вдруг помощник преподавателя не захочет мне помочь? Я вылечу?» — и она чувствовала тревогу, а затем не могла сосредоточиться. Кроме того, у нее периодически возникала автоматическая мысль: «Я должна прилагать больше усилий», которая вызывала у нее чувство вины. Во всех перечисленных ситуациях она в итоге переставала учиться, ложилась на кровать и иногда плакала.

**В. Лонгитюдный обзор когниций и поведения**: Салли всегда имела умеренную склонность считать себя неспособной. Хотя в школе она хорошо успевала, но никогда не попадала в список самых способных учеников. Оценки всегда были для нее очень важны, и она сформулировала ряд связанных с ними допущений: «Если я буду стараться, наверное, я справлюсь; но если нет — я провалюсь», «Если я буду прятать свои слабости [на какое-то время], все будет нормально, но, если я попрошу мне помочь, все узна́ют, какая я неспособная». Ее компенсаторные стратегии поведения включали в себя тяжелый труд в попытке раскрыть свой потенциал, а также избегание просьб о помощи, которые могли бы раскрыть окружающим ее слабость. Когда она заболела депрессией, то часто прибегала к избегающему поведению (избегала учебных задач, трудностей и социальных возможностей). По большей части убеждения Салли в отношении других людей были позитивными и функциональными; она в целом думала, что у других людей добрые намерения, хотя авторитетные фигуры ее иногда пугали. Также она была убеждена, что мир относительно безопасен, стабилен и предсказуем.

**Г. Сильные стороны и активы**: Салли готова меняться, рассуждает довольно объективно, быстро адаптируется. Она умна и до того, как развилась депрессия, была трудолюбивой. Мотивирована на прохождение терапии. Способна формировать хорошие, стабильные отношения с другими.

**Д. Рабочая гипотеза (общая концептуализация)**: большую часть жизни Салли считала себя довольно способной, достойной и приятной. Однако она всегда была чувствительной к ситуациям, в которых казалась себе неспособной. Тому были по крайней мере три причины: 1) мать часто критиковала Салли в детстве; 2) отец поддерживал ее, но редко бывал дома; 3) она сравнивала себя с другими не в свою пользу. Например, Салли постоянно сравнивала себя со старшим братом, который (будучи на пять лет ее старше) лучше справлялся практически с любыми задачами. Вместо того чтобы признать, что, вероятно, через пять лет она и сама достигнет его уровня, Салли интерпретировала разницу в их достижениях, не учитывая разницу

в возрасте, а потому приходила к выводу о собственной неспособности. Она сравнивала себя с лучшими учениками класса — и считала себя хуже.

Салли всегда внимательно отслеживала признаки своей неспособности и иногда обесценивала или игнорировала доказательства обратного. Она сформулировала ряд правил, которые позволяли сохранять уверенность, что никто не узнает о ее предполагаемой неспособности (например: «Я должна стараться», «Я должна реализовать свой потенциал», «Я всегда должна добиваться максимального результата»). В итоге у нее появились следующие компенсаторные стратегии: она многого от себя ждала, упорно трудилась, искала возможные недочеты и старалась не просить о помощи. Пока девушка не поступила в колледж, ее жизнь основывалась на соответствующих допущениях: «Если у меня будут хорошие достижения, все в порядке», «Если я буду скрывать свои слабости, другие подумают, что я способная».

В старших классах Салли достаточно хорошо справлялась (по ее собственной оценке), но первый год учебы в колледже дался ей тяжело. Она стала тревожной. Активировалось ее глубинное убеждение о неспособности. Появились пугающие автоматические мысли о провале. Тревога мешала учиться и решать проблемы. Кроме того, Салли стала изолировать себя от других, стремилась выполнять как можно меньше заданий по учебе, избегала трудностей. Вследствие этого на первый план вышли допущения: «Если я не получу высших оценок, значит, я неспособная», «Если я буду просить о помощи, все подумают, что я неспособная». Ее результаты все ухудшались, и она только убеждалась в своей неспособности. Ей не удалось сохранить продуктивность и получить необходимую поддержку, что, по-видимому, спровоцировало депрессию.

## III. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

### А. Список проблем

1. Учеба и написание докладов.
2. Вызываться отвечать на вопросы преподавателя, сдавать тесты.
3. Социальная изоляция.
4. Недостаточная ассертивность в отношениях с соседкой и профессором.
5. Слишком много времени проводит в постели.

### Б. Цели лечения

1. Уменьшить самокритичность.
2. Освоить основные когнитивные навыки, форму записи мыслей и др.

3. Уменьшить количество времени, проводимого в постели.
4. Найти более здоровые способы веселиться.
5. Решить проблемы, связанные с учебой, докладами и тестами.
6. Развить ассертивность.

**В. План лечения**: согласно плану лечения, чтобы снизить депрессию и тревожность Салли, нужно: научить ее отвечать на автоматические мысли (особенно связанные с неспособностью и неадекватностью), увеличить ее активность с помощью составления графика активности, решить проблемы с домашними заданиями и учебой, развить ассертивность с помощью ролевых игр и модификации мешающих убеждений.

## IV. КУРС ЛЕЧЕНИЯ

**А. Терапевтические отношения**: Салли легко вовлеклась в лечебный процесс. Терапевта она считала компетентной и заботливой.

**Б. Интервенции/процедуры**

1. Обучила пациентку стандартным когнитивным инструментам для изучения и реагирования на автоматические мысли (с помощью которых пациентка смогла разглядеть дисфункциональность и искаженность некоторых своих рассуждений, благодаря чему существенно уменьшилась депрессивная и тревожная симптоматика).
2. Предложила ей проводить поведенческие эксперименты, чтобы проверять свои допущения. Благодаря этому реже стало проявляться избегающее поведение, увеличилась ассертивность.
3. Помогла Салли планировать и увеличивать количество приятных занятий.
4. Напрямую решала проблемы.
5. Проводила ролевые игры на развитие ассертивности.

**В. Препятствия**: отсутствовали.

**Г. Итог**: на протяжении трех месяцев лечения депрессия Салли постепенно ослабевала — вплоть до наступления ремиссии.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

# Когнитивно-поведенческая терапия: полезные источники информации

## ОБУЧАЮЩИЕ ПРОГРАММЫ

Институт когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека (*www.beckinstitute.org*), расположенный в пригороде Филадельфии, предлагает ряд очных, дистанционных и онлайновых программ.

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ И ПАЦИЕНТОВ

На сайте *www.beckinstitute.org* можно найти следующие материалы:

Буклеты для пациентов

Пакет рабочих бланков

Шкала когнитивной терапии и инструкции к ней

Книги, DVD и аудиокассеты Аарона Бека и Джудит Бек

Образовательный каталог

Контакты сертифицированных Академией когнитивной терапии специалистов в области психического здоровья

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ

Следующие опросники и руководства можно заказать на сайте *www.beckscales.com*:

Шкала депрессии Бека — II

Шкала депрессии Бека для быстрой оценки состояния пациента

Шкала тревожности Бека
Шкала безнадежности Бека
Шкала суицидальных мыслей Бека
Опросник обсессивности-компульсивности Кларка—Бека
Опросники Бека для молодежи — второе издание

## ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТЕРАПЕВТОВ

Академия когнитивной терапии (*www.academyofct.org*)

Ассоциация поведенческой и когнитивной терапии (*www.abct.org*)

Британская ассоциация поведенческой и когнитивной психотерапии (*www.babcp.com*)

Европейская ассоциация поведенческой и когнитивной терапии (*www.eabct.com*)

Международная ассоциация когнитивной психотерапии (*www.the-iacp.com*)

# Шкала когнитивной терапии

Данная шкала используется в основных исследованиях и в Академии когнитивной терапии для оценки компетенции терапевта, приведена с разрешения автора. Шкалу и дополнительные материалы к ней можно найти на сайте *www.academyofct.org*.

Терапевт ______________ Пациент ______________ Дата: ____________

№ записи: ________ Оценку проводит: ________ Дата оценки: ________

№ сессии: ________ ( ) Видеозапись ( ) Аудиозапись ( ) Живое наблюдение

*Инструкция.* По каждому из приведенных ниже критериев оцените терапевта по шкале от 0 до 6, запишите получившуюся оценку рядом с номером вопроса. Каждому баллу соответствует определенное описание. *Если вы считаете, что действия терапевта соответствуют сразу двум описаниям, поставьте ему средний балл (нечетное число: 1, 3, 5).* Например, если терапевт хорошо определил повестку дня, но не определил приоритеты, лучше поставить ему 5 баллов, чем 6 или 4.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Плохо | Едва достаточно | Посредственно | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |

Пожалуйста, не оставляйте пункты незаполненными. В каждом вопросе сосредоточивайтесь на навыках терапевта. Учитывайте сложность случая пациента.

# ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

## 1. ПОВЕСТКА ДНЯ

0 Терапевт не сформулировал повестку дня.

2 Терапевт сформулировал размытую или неполную повестку дня.

4 Терапевт вместе с пациентом сформулировал удовлетворившую обоих повестку дня, в которую попали конкретные целевые проблемы (например, тревога на работе, неудовлетворенность браком).

6 Терапевт вместе с пациентом сформулировал уместную повестку дня, в которую попали целевые проблемы и которая соответствовала количеству времени на сессии. Определил приоритеты и затем придерживался повестки дня на протяжении сессии.

## 2. ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

0 Терапевт не попросил пациента дать обратную связь, чтобы определить, насколько пациент понял материал сессии и как на него отреагировал.

2 Терапевт получил обратную связь, но не задал достаточно вопросов, чтобы убедиться, что пациент понял приведенные на сессии аргументы *или* что тот удовлетворен результатами сессии.

4 Терапевт задал достаточно вопросов, чтобы убедиться, что пациент понял приведенные на сессии аргументы, и определить, как пациент отреагировал на них. Терапевт корректировал свое поведение в соответствии с обратной связью, когда этого требовала ситуация.

6 Терапевт уверенно получал обратную связь и отвечал на вербальные и невербальные сигналы от пациента на протяжении сессии (например, оценил реакцию на сессию, постоянно проверял степень понимания материала, помог обобщить основные выводы в конце сессии).

## 3. ПОНИМАНИЕ

0 Терапевт несколько раз не смог понять, что сказал пациент, а потому постоянно упускал главное. Плохая эмпатия.

2 По большей части терапевт мог отрефлексировать или перефразировать сказанное пациентом, но ему неоднократно не удавалось выстроить коммуникацию на более тонком уровне. Ограниченная эмпатия и умение слушать.

4 В большинстве случаев терапевту удавалось уловить «внутреннюю реальность» пациента — как в его словах, так и на более тонких уровнях общения. Хорошо развитая эмпатия и умение слушать.

6 Терапевт понял «внутреннюю реальность» пациента, умело передавал и понимал вербальную и невербальную информацию (например, тон ответов терапевта передавал сочувствующее понимание «сообщения» пациента). Отличная эмпатия и умение слушать.

4. МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

0 Навыки межличностного общения у терапевта слабо развиты. Казался враждебным, унижал, вел себя деструктивно по отношению к пациенту.

2 Терапевт не вел себя деструктивно, но возникли значительные проблемы в межличностном взаимодействии. Иногда терапевт казался неуместно нетерпеливым, отчужденным, неискренним *или* ему было сложно демонстрировать уверенность и компетентность.

4 Терапевт *удовлетворительно* транслировал тепло, заботу, уверенность, искренность и профессионализм. Серьезных проблем на уровне межличностных отношений не возникло.

6 Терапевт продемонстрировал *оптимальный* для пациента на этой сессии уровень тепла, заботы, уверенности, искренности и профессионализма.

5. СОТРУДНИЧЕСТВО

0 Терапевт не пытался сотрудничать с пациентом.

2 Терапевт пытался сотрудничать, но ему было сложно *либо* определить, какую проблему пациент считает важной, *либо* установить раппорт.

4 Терапевту удалось наладить сотрудничество с пациентом, сосредоточиться на проблеме, которую считали важной и пациент, и терапевт, установить раппорт.

6 Сотрудничество было отличным; терапевт помогал пациенту занимать максимально активную позицию на протяжении сессии (например, предлагал разные опции на выбор), работа была «командной».

6. ТЕМП И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ

0 Терапевт не пытался структурировать время терапии. Сессия казалась бесцельной.

2 У сессии прослеживалось направление, однако терапевту было сложно ее структурировать или выбирать подходящий темп (например, сессия могла быть недостаточно структурирована, структура не была гибкой, обсуждение шло слишком медленно или слишком быстро для пациента).

4 Терапевт довольно успешно распределил время и эффективно его использовал. В достаточной степени контролировал поток и темп обсуждения.

6 Терапевт эффективно использовал время, тактично прерывал сторонние и непродуктивные обсуждения; подбирал идеальный для пациента темп работы.

## ЧАСТЬ II. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ, СТРАТЕГИЯ, ТЕХНИКИ

### 7. НАПРАВЛЯЕМОЕ ОТКРЫТИЕ

0 Терапевт в основном полагался на обсуждение, убеждение, «читал лекции». Казалось, что терапевт «допрашивает» пациента, заставляет его занять защитную позицию или навязывает ему свои взгляды.

2 Терапевт слишком часто полагался на убеждение и обсуждение, а не на направляемое исследование. Однако стиль терапевта был достаточно поддерживающим, и пациенту не казалось, что его атакуют и нужно защищаться.

4 По большей части терапевт помогал пациенту по-новому взглянуть на ситуацию с помощью направляемого исследования (например, изучая доказательства, рассматривая альтернативные варианты, взвешивая преимущества и недостатки). Задавал уместные вопросы.

6 Терапевт мастерски применял технику направляемого исследования на сессии в ходе исследования проблем, помогал пациенту делать выводы самостоятельно. Идеальное соотношение количества заданных вопросов и других использованных типов вмешательства.

### 8. ФОКУСИРОВАНИЕ НА ОСНОВНЫХ КОГНИЦИЯХ И ПОВЕДЕНИИ

0 Терапевт не пытался выявлять конкретные мысли, допущения, образы, смыслы и поведенческие стратегии.

2 Терапевт использовал уместные техники для выявления когниций или поведения; однако терапевту было сложно держать их в фокусе обсуждения или он сосредоточивался на когнициях/поведении, которые не имели значения для проблем пациента.

4 Терапевт сосредоточивался на когнициях и поведении, которые связаны с целевой проблемой. Однако можно было бы сфокусироваться на более важных когнициях и проблемах, которые привели бы к более заметному прогрессу.

6 Терапевт профессионально сфокусировался на ключевых мыслях, допущениях, поведенческих стратегиях, которые были тесно связаны с проблемной областью и могли привести к существенному прогрессу.

### 9. СТРАТЕГИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

(*Обратите внимание*: в этом вопросе сосредоточьтесь на качестве выбранной терапевтом стратегии изменений, а не на том, насколько эффективно она была применена.)

0 Терапевт не выбирал когнитивно-поведенческие техники.

2 Терапевт выбирал когнитивно-поведенческие техники; однако либо общая стратегия изменений была размыта, *либо* не подходила пациенту.

4 В целом терапевт подобрал адекватную стратегию изменений, которая обнадежила пациента и включала в себя когнитивно-поведенческие техники.
6 Терапевт выбрал последовательную стратегию изменений, которая очень обнадежила пациента и включала в себя наиболее подходящие когнитивно-поведенческие техники.

10. ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТЕХНИК

(*Обратите внимание*. В этом вопросе сосредоточьтесь на том, насколько умело применялись техники, а не на том, насколько адекватными они были для целевой проблемы и какой результат был достигнут.)
0 Терапевт не применял когнитивно-поведенческие техники.
2 Терапевт использовал когнитивно-поведенческие техники, но допускал при этом *существенные ошибки*.
4 Терапевт *умело* применял когнитивно-поведенческие техники.
6 Терапевт *профессионально* и изобретательно применял когнитивно-поведенческие техники.

11. ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

0 Терапевт не пытался давать пациенту домашние задания, важные для когнитивной терапии.
2 Терапевту было сложно работать с домашним заданием (например, он не проверил предыдущее задание, недостаточно подробно разобрал предстоящее задание, подобрал неподходящее задание).
4 Терапевт проверил предыдущее задание и назначил «стандартное» когнитивное домашнее задание, которое в целом соответствовало вопросам, обсуждавшимся на сессии. Задание было разобрано достаточно подробно.
6 Терапевт проверил предыдущее задание и тщательно подобрал задание на будущую неделю. Задание произвело впечатление индивидуализированного, было нацелено на то, чтобы пациент закрепил свои новые взгляды, проверил предположения, экспериментировал с новыми типами поведения, которые обсуждались на сессии, и т. п.

## ЧАСТЬ III. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

12. А. Возникли ли в ходе сессии специфические проблемы (например, не было выполнено домашнее задание, возникли проблемы в отношениях терапевта и пациента, пациент считает, что бесполезно продолжать терапию, случился рецидив)?

**ДА** **НЕТ**

Б. Если *да*:

0 Терапевт не смог адекватно справиться с возникшими проблемами.

2 Терапевт справился с возникшими проблемами, но использовал для этого стратегии и концептуализации, которые не совместимы с когнитивной терапией.

4 Терапевт попытался решить проблемы в рамках когнитивного подхода и *достаточно умело* применил соответствующие техники.

6 Терапевт очень умело справился с конкретной проблемой в рамках когнитивного подхода.

13. Возникли ли на этой сессии нестандартные факторы, которые, на ваш взгляд, оправдывают отклонения от стандартного подхода, измеряемого этим рейтингом?

**ДА (Пожалуйста, подробнее поясните ниже)** **НЕТ**

## ЧАСТЬ IV. ОБЩИЙ РЕЙТИНГ И КОММЕНТАРИИ

14. Какую оценку вы, как когнитивный терапевт, дали бы общему клиническому итогу сессии?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Плохо | Едва достаточно | Посредственно | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |

15. Если бы вы проводили исследование исходов когнитивной терапии, включили бы этого терапевта в список участников (предполагается, что рассматриваемая сессия является для него обычной)?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Определенно нет | Скорее всего, нет | Не уверен | Скорее всего, да | Точно да |

16. Как вы думаете, насколько сложно работать с этим пациентом?



| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Не сложно — пациент очень восприимчив к терапии | | | Средняя сложность | | | Очень сложно |

17. Ваши комментарии и предложения — над чем этому терапевту следует поработать:

18. ОБЩИЙ РЕЙТИНГ:

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Шкала | Не отвечает требованиям | Посредственно | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |

Используя приведенную выше шкалу, пожалуйста, дайте общую оценку навыкам этого терапевта по результатам записи данной сессии. Пожалуйста, обведите нужную оценку.

# Список литературы


Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657–694). Washington, DC: American Psychological Association.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561–571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A. T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 411–429). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.

Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). The *personality belief questionnaire*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2001). A cognitive therapy approach to medication compliance. In J. Kay (Ed.), *Integrated treatment of psychiatric disorders* (pp. 113–141). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy worksheet packet* (3rd ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Eds.). (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University.

Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.

Butler, A. C., Chapman, J. E. Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17–31.

Chambless, D., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.

Chiesa A., & Serretti, A. (2010a). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research.*

Chiesa A., & Serretti, A. (2010b). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness mediation. *Psychological Medicine, 40*, 1239–1252.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, NJ: Wiley.

Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52–96). New York: Oxford University Press.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.

Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6th ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 469–482.

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.

Dobson, K. S., & Dozois D. J. A. (2009). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 3–37). New York: Guilford Press.

Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 283–297). New York: Plenum Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Evans, J. M. G., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., et al. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry, 49*, 802–808.

Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 578–582.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy*. New York: Wiley.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107–146). New York: Guilford Press.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of cortical–limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry, 61*, 34–41.

Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin.

Greenberg L. S. (2002). *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.

Holland, S. (2003). Avoidance of emotion as an obstacle to progress. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 116–131). New York: Guilford Press.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428–466). New York: Wiley.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry, 1*, 89–95.

Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & Lampropoulos, G. K. (2005). Empirical foundations. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* (pp. 35–60). New York: Routledge.

Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 144–156.

Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for child anxiety: Result of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 737–745.

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive behavioral therapy*. New York: Guilford Press.

Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal life history inventory*. Champaign, IL: Research Press.

Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 91–115). New York: Guilford Press.

Leahy, R. L. (2010). *Beat the blues before they beat you: How to overcome depression*. Carlsbad, CA: Hay House.

Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners*. New York: Guilford Press.

Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 17(3)*, 322–334.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Ludgate, J. W. (2009). *Cognitive-behavioral therapy and relapse prevention for depression and anxiety*. Sarasota, FL: Professional Resource.

MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 363–380.

Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action.* New York: Norton.

McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M. S. (2010). *Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators.* New York: Springer.

McCullough, J. P., Jr. (1999). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2009). *Messages: The communication skills book* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief.* Oakland, CA: New Harbinger.

McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques.* New York: Norton.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21(3)*, 281–292.

Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy.* New York: Guilford Press.

Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 557–575.

Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 131–152). New York: Wiley.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual.* Newbury Park, CA: Sage.

Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rosen, H. (1988). The constructivist–development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317–355). New York: Brunner/Mazel.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1(1)*, 17–37.

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 509–526.

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy: The state of the art and beyond* (pp. 48–74). New York: Guilford Press.

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A metaanalysis. *Psychological Bulletin, 126*, 512–529.

Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., et al. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 751–756.

Smucker, M. R., & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing.* Northvale, NJ: Aronson.

Stirman, S. W., Buchhofer, R., McLaulin, B., Evans, A. C., & Beck, A. T. (2009). Public–academic partnerships: The Beck initiative: A partnership to implement cognitive therapy in a community behavioral health system. *Psychiatric Services, 60*, 1302–1304.

Tarrier, N. (Ed.). (2006). *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases.* New York: Routledge.

Tompkins, M. A. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines, and forms.* New York: Guilford Press.

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.

Wenzel, A. Brown, G. K., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications.* Washington, DC: American Psychological Association.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness.* New York: Guilford Press.

Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrative guide.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Wright, J. H., Wright, A. S., Salmon, P., Beck, A. T., Kuykendall, J., & Goldsmith, J. (2002). Development and initial testing on a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *American Journal of Psychotherapy, 56*, 76–86.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource.

Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns.* New York: Dutton Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.